



**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 1ª 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 SÍNTESE 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 nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora não apresenta boletim de atendimento médico contemporâneo ao suposto acidente.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 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/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

#### **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.

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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, CPC<sup>3</sup>.

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**<sup>4</sup>.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente 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 mesmo<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup>“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)

<sup>4</sup>SEGURO 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)

<sup>5</sup>“APELAÇÃO 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 desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

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

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>6</sup>.

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 STJ<sup>7</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

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)**.

---

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

<sup>7</sup>**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

## 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 pátrios<sup>8</sup>, 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 citação<sup>9</sup>.

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 ação<sup>10</sup>

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.

---

<sup>8</sup>"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO 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).

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

<sup>10</sup> art.

## CONCLUSÃO

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

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

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

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, 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 exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 4550/AC, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 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 GRADAÇÃO**

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

## SUBSTABELECIMENTO

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

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

## **CARTA DE PREPOSTO**

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

---

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](http://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**

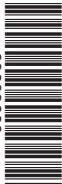
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Pag. 01337/01338 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14557421

**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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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



---

**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





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 rasuras, 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, de livre quitação 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 A32

CPF da vítima

694.744.862-04

Nome completo da vítima

Buzafiel Corrado de Queiroz

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Buzafiel Corrado de Queiroz		CPF titular da conta 694.744.862-04	Profissão Pedreiro
Endereço Rua Gonçalves		Número 126	Complemento Casa
Almô Sobrinho	Cidade Rio Branco	Estado Acre	CEP 69.914.544
E-mail			Telefone (DDD) (68) 3301-8871

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

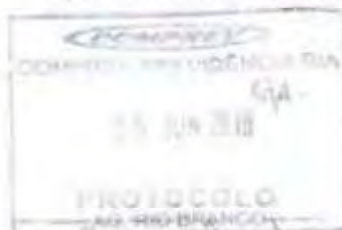
AGÊNCIA: 3705  
 SE: 013  
 CONTA: 1852  
 DV: 2

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO: \_\_\_\_\_ NICK: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_  
 CONTA: \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

**CÓPIA**



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 volue do pé, limitação na flexoextensao das metatarsfalangeanas 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 metatarsfalangeanas e nos dedos do pé direito  
Limitação funcional do cotovelo 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.**

Diagnostico: Fratura de coplo do 3° e 4° metatarso do pé direito e LUxação Metatrsofalangeana 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 volue do pé, limitação na flexoextensao das metatarsfalangeanas 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.

**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 metatarsfalangeanas 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 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

Linha Hora Início do Registro: 22/09/2017 09:09

Data Hora Fim: 22/09/2017 09:29

Delegado da Polícia: Fabrício Leonard da Silva Sobreira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Departamento de Investigação Criminal

Data/Hora do Fato: 12/05/2017 10:44

Local do Fato

Município: Rio Branco

Logradouro: RUA DROMEDÁRIO

Bairro: Lot. Dr. Ison 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: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ (VITIMA - COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Piáçido de Castro

Sexo: Masculino

Nasc: 14/08/1968

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Angélica Conrado de Queiroz

Nome do Pai: Braz Salles de Queiroz

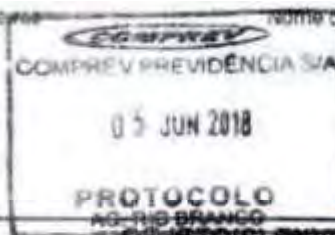
Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA S

Bairro: ILSO RIBEIRO

Telefone: (68) 99917-2910 (Celular)



Nº 126

CÓPIA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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 Adudderado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Bezaniel Conrado de Queiroz	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A vítima (procurado) esta Especializada e noticiou que na data, local e horas supramencionados sofreu acidente de trânsito. Disse que ao desviar 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

Valdir do Nascimento Correia  
Responsável pelo Atendimento

Bezaniel Conrado de Queiroz  
Vítima



Delegado da Polícia Civil Fabrício Leonard da Silva Sobreira  
Impresso por: Valdir do Nascimento Correia  
Data de Impressão: 22/09/2017 09:29  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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 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

Rogério Corrado de Queiroz

CPF da Vítima

694.744.862-04

Data do Acidente

12/05/2018**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome Completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Telefone

Telefone (DDD)

(68) 3301-8871

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:

Assinalar 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 sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder 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, sob o risco de anulação do seu conteúdo.

**COPIA**Rio Branco 28 de Maio de 2018

Local e Data

Rogério Corrado de Queiroz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



3ANV 192		<b>FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192</b>		Data Emissão: 25/05/2018 Hora emissão: 09:27 Operador:
Nº da Ocorrência 1705120073	Qtd. Vítimas 1	DHR Início: 12/05/2017 16:06 DHR Término: 12/05/2017 16:55	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: QUEDA DE MOTO	

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Nome Solicitante
End.: R DROMEDARIO
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) 99645498  
 Cidade:

Origem da Ligação: DOMICÍLIO

**VÍTIMAS**

Vítima	Nome: Paciente 1 DESALIEL CONRADO DE QUEIROZ	Idade: 48 ANO(s)	Sexo: MASCULINO
1	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

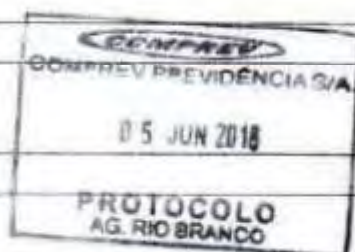
**CÓPIA**

**AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA**

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

**AVALIAÇÃO ESTRUTURADA**
**DECISÃO TÉCNICA**

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



1	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
	Intervenção:		
	Observação:		

## CONCLUSÃO

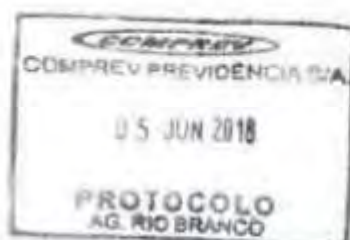
## MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 07 R80	Data/Hora Encio Equipe: 12/05/2017 16:10	
	Dt./Hr. Saida Base: 12/05/2017 16:10	Dt./Hr. Chegada Local: 12/05/2017 16:26	
	Dt./Hr. Saida Local: 12/05/2017 16:45	Dt./Hr. Chegada Destino: 12/05/2017 16:54	
	Dt./Hr. Saida Destino: 12/05/2017 16:54	Dt./Hr. Chegada Base: 12/05/2017 16:55	

## MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Elaborado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
YARA SOUZA DE FIGUEREDO	12/05/2017 16:06		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**

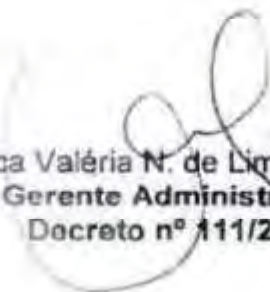




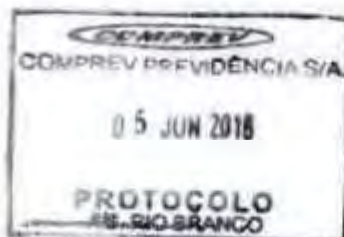
## DECLARAÇÃO

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: 000000001852-2

---

Nr. da Autenticação E74625D14E294555



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Bensinel Leonardo de Queiroz,

RG nº 367 886, data de expedição 23/10/2017 Órgão SSP/AC,

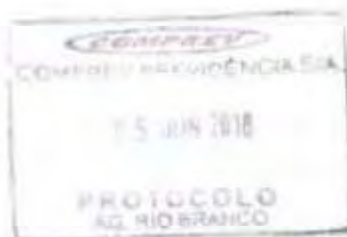
CPF nº 694.744.862-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Banhoeu</u>
Número	<u>126</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Ilvaan Ribeiro</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>AC</u>
CEP	<u>69.914-544</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3301-8871 / 99919-5644</u>
E-mail	

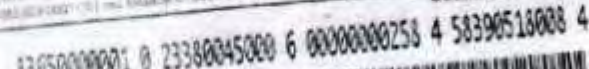
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco, 23/05/2018

Assinatura do Declarante: Bensinel Leonardo de Queiroz



CÓPIA



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Kleide da Silva Araújo

RG nº 951875, data de expedição 24/06/16, Órgão SESTEC/RG

CPF nº 906.421.472-72, venho perante a este instrumento declarar que não possui 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:

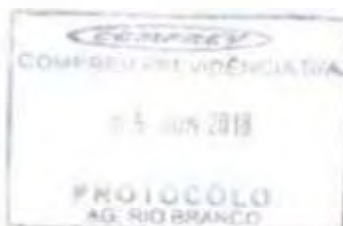
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Nação Unida</u>
Número	<u>719</u>
Apto / Complemento	<u>Bot.03</u>
Bairro	<u>Barraque</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.900-463</u>
Telefone de Contato	<u>(68)3303-8873 / 99919-5644</u>
E-mail	

COPIA

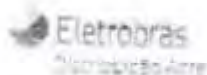
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 28/06/2018

Assinatura do Declarante: Kleide da S. Araújo







Para contato com o  
Eletrobras informe  
seu número

SEU CÓDIGO

0394141-8

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.  
Eletrobras Distribuição Acre  
Rua General Francisco de Sá, 120 - Fátima - 69000-000  
Fone: (16) 3333-1962 - Fax: (16) 3333-1963  
Site: www.eletrobras.com.br

Unidade Fiscal: 001330686

Atividade Econômica: 4930-10/00 - Transporte elétrico  
CNPJ: 06.908.463-0001

PERÍODO	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2018	13/06/2018	255	252,38

UF: AC  
CEP: 69000-000  
Cidade: RIO BRANCO  
Endereço: R. REGINA BEZERRA MESQUITA DA ROCHA  
AV. NACÕES UNIDAS 719 BOX 03 BOSQUE  
Cidade: RIO BRANCO - AC  
CEP: 69000-000

ROT: 4.001.04.03.002190

DESCRIÇÃO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
Consumo	3388	25/05/2018
Imposto de Renda	1133	26/04/2018
Imposto de Renda	1.000	26/06/2018
Imposto de Renda	255	24/05/2018
Imposto de Renda	255	25/05/2018

TIPO DE CONSUMO	NORMAL	Fora de Normal	Outros
Normal	29		

TIPO DE CONSUMO	Normal	Fora de Normal	Outros
Normal	29		

PERÍODO	VALOR	DESCRIÇÃO DA CONTA
ABR/18	293	CONSUMO 255 A R\$ 0,711804 = 181,51
MAR/18	378	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,93
FEV/18	171	RELIACAO DE URGENCIA 56,59
JAN/18	90	CORRECAO MONETARIA 10 03/18-00 0,95
DEZ/17	319	MULTA POR ATRASO 03/18-00 3,86
NOV/17	281	JURAS DE MORA DE IMPO 03/18-00 1,34
OUT/17	267	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 2,19
SET/17	312	
AGO/17	344	
JUL/17	303	

CÓPIA

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano	Valor R\$
04/2018	210,42

Declaro que os débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12207/09)  
LIGUE 0800.647.7196 E FAÇA O PCAO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

CONSUMO (kWh)	VALOR	IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES
Consumo	59,53	Imposto de Renda
Energia	47,47	Imposto de Renda
Imposto de Renda	1,58	Imposto de Renda
Imposto de Renda	29,67	Imposto de Renda
Imposto de Renda	89,75	Imposto de Renda

INDICADORES DE CONTINUIDADE	VALOR
Consumo	0,27
Energia	12,54
Imposto de Renda	25,08
Imposto de Renda	3,92
Imposto de Renda	7,85
Imposto de Renda	15,70
Imposto de Renda	3,71
Imposto de Renda	0,58

ROT: 4.001.04.03.002190



SEU CÓDIGO  
0394141-8

MÊS FATURADO  
05/2018

DATA DE VENCIMENTO  
13/06/2018

TOTAL A PAGAR - R\$  
252,38

VENCIMENTO  
13/06/2018

DATA DE VENCIMENTO  
13/06/2018

83610000002 2 52380045000 0 00000000394 7 14180518006 2





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Bersival Comodoro de Oliveira,

RG nº 367886, data de expedição 23/10/17, Órgão SSP/PE,

CPF nº 684744862-04, venho perante a este instrumento declarar que não possui comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

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

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Bersival Comodoro de Oliveira



A Tercer General de Energía Eléctrica - TEEE fue creado  
pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

ROT: 11.001 11.20.007240

Forma de Fabricação:	<b>NORMAL</b>	Estado de Irregularidade:		Dias de Consumo:	<b>30</b>
----------------------	---------------	---------------------------	--	------------------	-----------

HISTÓRICO E VAL	DESCRIÇÃO DA CONTA	100
04/19 101	CONSUMO 146 A R\$ 0,839063 =	122,50
05/19 149	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSP)	5,28
06/19 161	CORRECAO MONETARIA IC 04/19-00	1,17
07/19 141	MULTA POR ATRASO 04/19-00	2,51
08/19 182	JUROS DE MORA DE IMPO 04/19-00	0,96
09/19 160	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,848	
10/19 020		
11/19 106		
12/19 168		
01/20 168		
TARIFA SEM TRF. 100		
8 A 146 - 0.003207		

## MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO


Mes/Ano	Valor R\$	Observações
05/2019	142,65	Transferência de valores para o fornecedor de energia elétrica a partir de 28/06/2019. O novo pagamento contém energia e água inclusa no nome do consumidor no EDPAR. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este valor.

LITRUE 9800 647 7196 E FACA OPCA0 VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

RESERVADO AO FISCO C9B3.775D.5B94.129E.E8E6.423A.4F82.6189

	<b>INDICADORES DE CONTINUIDADE</b>							
	<b>DIC</b>			<b>FIC</b>			<b>DMC</b>	<b>DICI</b>
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Linha	9,24	18,49	36,99	4,83	9,66	19,32	4,99	
Profundidade	0,69			2,00			0,56	
Câmbio:	TANGARA				Período de apuração	04/2019	EUSD	\$5,32

NOT 11 081.11.20.007240

 <b>Eletrobras</b> Distribuição Acre	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
	0258583-9	132,42
	MÊS FATURADO	VENCIMENTO
	06/2019	21/06/2019
Nº da Nota Fiscal: 000827304 - 5 CAM		

COMPAHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.  
Rua Duque de Caxias, 100 - Bordo - De Franco - AC  
0671-3440 (0800-000000) - 0671-3440 (01 004 141 000) - 0671-3440

83660000001 9 32420045000 9 00000000258 4 58390619008 2



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Julia da S. Araujo,

RG nº 9.516.75, data de expedição 24/06/16, Órgão SESDEC/PA

CPF nº 906.421.712-72, 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: Nelson Vardes</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) 999.97.53.29</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me:

Local e Data: Rio Branco, 03/07/13

Assinatura do Declarante: Julia da S. Araujo



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.  
Rua Valério Mesquita 226 - Boreale - Rio Branco - AC  
Cepo 69.000-000 (Rio Branco) e 69.000-000 (Rio Branco)  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Nº de Nota Fiscal

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TEE, foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	13/07/2019	198	189,40

CLIENTE REGINA DE JESUS MESQUITA DA ROCHA

AV. NACOES UNIDAS 719 BOX 01 BOSQUE

CPF: 00056533196215

CEP: 69.900-465 - RIO BRANCO

ROT: 4.001.04.03.002290

TIPO DE LEITURA	kWh	DATA DA LEITURA
Atual	5929	24/06/2019
Anterior	5731	23/05/2019
Consumo em kWh	1,000	23/07/2019
Consumo em kWh	198	19/06/2019
Consumo em kWh	198	24/06/2019
Consumo em kWh	198	24/06/2019

Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Inregularidade:

Dias de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Comercial	BI	Número Medidor	Código P&L
CONERCIAL	BI	BIF16205233	3.6.3.2
			195

MES	CONSUMO (kWh)	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR (R\$)
MAI/19	191	CONSUMO 198 A R\$ 0,834867 =	165,30
ABR/19	188	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	7,13
MAR/19	151	RELIACAO	10,86
FEV/19	177	CORRECAO MONETARIA IC 04/19-00	1,43
JAN/19	186	MULTA POR ATRASO 04/19-00	3,12
DEZ/18	213	JUROS DE MORA DE IMPO 04/19-00	1,56
NOV/18	185	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,48	
OUT/18	238		
SET/18	205		
AGO/18	192		
THY-500 TH-BT-100			
U A 190 - 0.500270			

MESSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/07/2019. O não pagamento após 05/07/2019 também é incluído no nome do consumidor na SPERON. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
05/2019	175,39	

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

RESERVAÇÃO AO FISCAL 336A.621C.47FD.A5EB.B3EB.CD9B.BF53.B1E9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Consumo	46,14	Base de Cálculo	165,30
Energia	54,82	Alíquota ICMS	25,00%
Consumo	1,43	Valor ICMS	41,32
Energia	10,48	Alíquota IPTU	0,55%
Tributos	46,43	Valor IPTU	0,90
		Alíquota COPRO	2,55%
		Valor COPRO	4,21

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DIC			PIC			DMC	DICI
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
6,27	12,54	25,05	3,02	7,05	15,70	3,71	
0,71			1,00			0,71	
Período de observação						04/2019	R\$ 69,81

ROT: 4.001.04.03.002290

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.  
Rua Valério Mesquita 226 - Boreale - Rio Branco - AC  
Cepo 69.000-000 (Rio Branco) e 69.000-000 (Rio Branco)

SEU CÓDIGO	0394141-8	TOTAL A PAGAR - R\$	189,40
MES FATURADO	06/2019	VENCIMENTO	13/07/2019
Nº de Nota Fiscal	004926564	FCAM	

83630000001 2 89400045000 3 00000000394 7 14180619008 0





**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 221206 (gratuito para pessoas com deficiência auditiva).

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

**CÓPIA**

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

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

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

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

Eu, Keila da Silva Araújo, inscrito (a) no CPF 906.421.472 / 72, no qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bergiel Corrêa de Queiroz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 694.744.862 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima Bergiel Corrêa de Queiroz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 694.744.862 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Profissão: Receita - ME Renda: Receita - ME e apresento os documentos comprobatórios: Receita - ME

☒ **Relato Informar**

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, apresentando 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.

<u>Av. Nações Unidas</u>		Número	Complemento
<u>Bocaire</u>		<u>739</u>	<u>Box 03</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>	Estado	CEP
		<u>Acre</u>	<u>69.900-963</u>
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
<u>(68) 3301-8871</u>		<u>(68) 99919-5644</u>	



Rio Branco 28 de Maio de 2018  
Local e Data

Keila da Silva Araújo  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Bisrael Corrado de Queiroz,  
RG nº 317886, data de expedição 05/07/2004,  
Órgão SSP/RN, 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. Souto Maior, Ilson Balduino, nº 126,  
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  
última Bisrael Corrado de Queiroz, cujo o condutor era  
Bisrael Corrado de Queiroz.

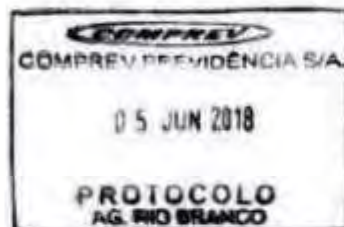
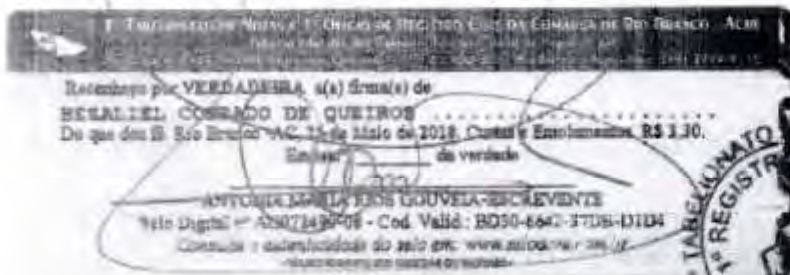
Veículo: data  
Modelo: HONDA / C B 160 TITAN EX  
Ano: 2012  
Placa: NXS 3913  
Chassi: 7C2 K C2 210 H R0 22 933  
Data do Acidente: 12/05/2018  
Local e Data: Rio Branco, 24/05/2018

Bisrael Corrado de Queiroz  
Assinatura do Declarante

Bisrael Corrado de Queiroz

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

CÓPIA





HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 84674  
Numero do CNS...: 898002921360421  
Nome...: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ  
Documento...: Tipo :  
Data de Nascimento: 14/08/1968 Idade: 48 anos  
Sexo...: MASCULINO  
Responsavel...: BRAZ SALES DE QUEIROZ  
Nome da Mae...: ANGELITA CONRADO DE QUEIROZ  
Endereco...: CONJ. WILSON RIBEIRO RUA F 262  
Bairro...: CALAFATE Cep.: 69900-000  
Telefone...: 99904-3586  
Município...: 1200401 - - AC  
Nacionalidade...: BRASILEIRO  
Naturalidade...: ACRE

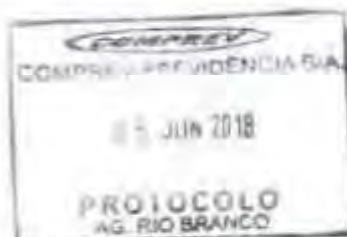
DADOS DA INTERNACAO

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

INFORMACOES DE SAIDA

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

CÓPIA



SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

201 072 675 480 003

Novo Agro

GOVERNHO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE DEFESA DE SAÚDE

[illegible]

CÓPIA

perfeccionados de movimento + de formidato.

SAME / HUERB  
CÓPIA

**CÓPIA**

**SAME  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL**

Сигнатура

COMPRESA  
COMPRESA OFFERENDI S/A  
25 JUN 2018  
PROTOCOLLO  
AG. RIO BRANCO

examen físico + Rx + Anamnesis

*exame físico + 1º PW x + 2ª PW*

*Fx Lx do cotovelo (S) + Fx do 3º e 4º PA Pe (A) + Lx do 5º PA Pe (B)*

03/08/2019

Formulário de Registro de Atendimento Médico - 1999

1. NOME DO PACIENTE: **Dr. Marcelo P.**

2. NOME DO MÉDICO: **Dr. Aluizio Alves**

3. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **Dr. Aluizio Alves**

4. DATA DO EXAME: **02/05/17**

5. LOCAL DO EXAME: **Urgência**

6. MOTIVO DO EXAME: **Lesão por arma de fogo**

7. HISTÓRICO DO EXAME: **Lesão por arma de fogo**

8. EXAME FÍSICO: **Exame físico**

9. EXAME LABORATORIAL: **Exame laboratorial**

10. EXAME DE IMAGEM: **Exame de imagem**

11. EXAME DE OUTROS: **Exame de outros**

12. NÚMERO DO ATENDIMENTO: **17037623855000**

13. NOME DO RESPONSÁVEL: **Dr. Rui Pinto**

14. NÚMERO DO RESPONSÁVEL: **000173751187108**

15. NOME DO RESPONSÁVEL: **Responsável de Pronto Socorro**



1518

RS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO 84674

NO BE: 2452178 DATA: 12/05/2017 HORA: 17:13 USUARIO: SHEYLA  
INS: 899002921380421 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

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

PA 450 X 80 mmHg PULSO 68 TEMP. PESO FC SPO2 98  
EXAM. COMPL. RAIO X SANGUE URINA TC LIQUOR ECG ULTRASSONOGRAFIA  
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: SIM NAO

DIAGNOSTICO: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Queixa principal: Acidente de trânsito, queda de moto, com fraturas de fêmur e tibia da perna esquerda.  
Sinais e sintomas: Hemorragia ativa em M.E.  
EXAM. FÍSICO: CLASSIF. RISCO: VERDE AMARELO VERMELHO AZUL  
ESCALA DA DOR: SEM DOR LEVE MODERADA INTENSA

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

05 JUN 2018

PROTÓCOLO  
AO RIO BRANCO

CÓPIA

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA:

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

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA:

[ ] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBJETO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] IML [ ] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

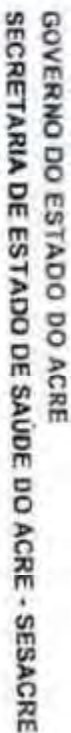
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

14.13hs - Admitido SETI, veio trazido pelo SAMU, por relato de queda de moto com imobilização do M.E. esquerdo e com várias escoriações pelo corpo.



LEITO 151

1902  
J. M. C. & Co.  
100 N. 1st St.  
St. Louis, Mo.



### PACIENTE

**BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ**

48 IDADE

## Clinical

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

HUEB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI-12/05/2017 DT: 12/05/2017 FAXX COTOVELO ESQUERDO FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PE DIREITO	1. DIETA VO LIVRE SVD 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 8VH 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SFO,9% EV 8VH,SIN 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8VH,2,SIN 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS	<del>SVD + SVD</del> <del>10 10 22 04</del>	<p>10:00 h Paciente Lete, surpreice, não responde aos estímulos no momento, Portando O.U.P., medicação gástrica curativa, medicado sem, fac Substância corene 375,44g</p> <p>16:00 h Paciente não responde aos estímulos no momento, ac- tuou adietos opacida, f.f.p. medicados sem, PA 140x90 mmHg; fac Substância corene 375,44g</p> <p>14/5/2017</p> <p>14:50 h Paciente não responde aos estímulos no momento, ac- tuou adietos opacida, f.f.p. medicados sem, PA 140x90 mmHg; fac Substância corene 375,44g</p>





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

LETO

HUERB  
HISTÓRICO DE DOENÇAS

REGISTRO

PACIENTE

BEZAUJEL CONRADO DE QUEIROZ

IDADE

48

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

DI:12/05/2017	1. DIETA VO LIVRE	500	As 07:00h notado
OT:12/05/2017	2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H	500	pá. estável, consciente,
FX/LX	3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 600ML	500	comunicativo, afável,
FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PE	4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0,9% EV 800ML SDA	500	sem alterações na
DIREITO	5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 800 7 SDA	500	perfusão ocular, língua
	6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	500	paciente sem dor
	OU	500	devidos, função e di-
	OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV)	500	stologia. Ruído no
	7. CUIDADOS GERAIS	500	trax dentro de 24h
	8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6H HRS	500	no, trocado de gaze
		500	dução e novo pa-
		500	ntido, não há cur- sem de. Digito clare- no, limbo e seco, de. Gripe febril causada por As 17:00h está estável no não há alterações no marcado. de. Gripe febril



CÓPIA

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



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

LEITO

151

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

IDADE

48

REGISTRO

PACIENTE

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT 12/05/2017

DT 12/05/2017

FXLX COTOVELO ESQUERDO  
FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PE  
DIREITO

TROCA DA TALA GESSADA DA  
14/05/2017

1. DIETA VO LIVRE *AND*
2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H *500 + 500*
3. DIPRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 66H *40. 40. 20. 20. 4*
4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF 0,9% EV 8H *(SIN)*
5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8 *(SIN)*
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA *4*
- OU  
OMEPRAZOL 20MG VO *4*
7. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS *40. 40. 20. 20. 4*

Felipe Henrique de M. Dutra  
PRM Ortopedia e Traumatologia  
CRM 7106

CÓPIA  
SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

DT 12/05/2017 PR-14040  
imprimido e enviado à unidade  
de enfermagem para monitorar a  
evolução. F. Zaccarias  
14/05/2017 18.35h







REGISTRO

PACIENTE

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 12/05/2017 DT: 12/05/2017 FXLX COTOVELO ESQUERDO FRATURA DO 3 E 4 MT DE PE DIREITO TROCA DA TALA GESSADA DIA 14/05/2017 18/05/2017 (AGUARDAR ESPECIALISTA)	1. DIETA VO LIVRE SNUD 2. SF 0,9% 500ML N 12/12H - <del>500</del> 750 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 6/6H - <del>10</del> 20. 2x 4. TITANAL 100 MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SIN 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8 7 SIN 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CURTADOS GERAS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS - <del>10</del> 20. 2x 9. CURATIVO 1 X AO DIA.	<p>COPIA</p> <p>SAME / HUEB CÓPIA CONFORME ORIGINAL</p>	<p>01:00 - Pac. ass- ado: 107, sup - albul, sem muer- tuo, foi sugere- gado, realizado curativo, mede- apm. Pac. acordou 17:30. Evolucao C PA = 020 x 100 mmHg Rx: Lateral 17/05/17 08:00h Pac. repouso abul sil respiratorio em curativo no membro PA 120 x 80 mmHg TC. Clavus Cogn 3 88 x 54</p>
--	--	---	--

Felipe Mendonça  
PRM de Medicina e Farmácia  
CRM 1106

COMPRES  
COMPROVAÇÃO DE PRESENCIA  
15 JUN 2018  
PROTÓCOLO  
40 2ND BRANCO







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

Unidade e subunidade



HUEB  
Hospital de Urgência e Emergência

REGISTRO

PACIENTE

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

IDADE

48

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

151

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI 12/05/2017  
DT 12/05/2017  
FALX COTOVELO ESQUERDO  
FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PÉ  
DIRETO  
TROCA DA TALA GESSADA DIA  
14/05/2017  
15/05/2017  
(AGUARDA ESPECIALISTA)  
SOLICITADO TOMOGRAFIA DE PÉ  
DIRETO.

1. DIETA VO LIVRE ~~SN~~
2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H - ~~500 + 500~~
3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUÍDO 6H - ~~1000 - 1000~~
4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H ~~SN~~
5. PLASIL 10 MG EV DILUÍDO 8/8H ~~SN~~
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA  
OU  
OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV)
7. CUIDADOS GERAIS
8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS
9. CURATIVO 1 X AO DIA

CÓPIA

Felipe Henrique M. Duarte  
PRM Ortopedia e Traumatologia  
CMCB 2108

SAME / HUERO  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



7:00 às 18:00 hr -  
glúteu esquerdo,  
corno esquerda,  
tiro, mediolado  
linfática esquerda  
e auxílio de osso,  
paciente trocou  
banco privativo,  
receita dieta opor-  
tada, feito curva-  
tivo gelado no, linfático  
e sem dor,  
verificado P.A =  
90x70 mmHg. Sem  
queixas. Fechar  
cama 437603  
Ox 2L 6l/min  
infusão de 0,9% NaCl, 100ml  
medicação de 1,5ml = 1,5ml  
e 1,5ml = 1,5ml  
Fechar cama 437603





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

Digitado e impresso em: 10/05/2017

HUERB  
Hospital de Urgência de Rio Branco

REGISTRO

PACIENTE  
BEZALEL CONRADO DE QUEIROZ

IDADE  
48

CLÍNICA  
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO  
151

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT: 12/05/2017

DT: 12/05/2017

FXLX COTOVELO ESQUERDO  
FRATURA DO 3 E 4 MT DE PE  
DIREITO

TROCA DA TALA GESSADA DA  
14/05/2017

SOLICITADO TOMOGRAFIA DE PE  
DIREITO.

AGUARDAR AGENDAMENTO DO  
ESPECIALISTA (10/05/2017)

1. DIETA VO LIVRE

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

3. CIPROFONA 1 GRAMA EV DILUIDO 8/8H

4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SIN

5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8H SIN

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA - 4  
OU  
OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV)

7. CUIDADOS GERAIS

8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS

9. CURATIVO 1 X AO DIA - 4

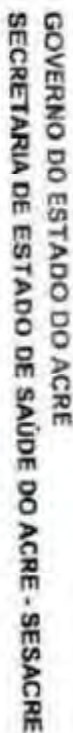
COPIA

Felipe Montoya de M. Dutra  
RHM 01/05/2017  
01/05/2017

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

07:00 - Pac. com  
idade 48 anos,  
admitido com  
resumo, realizado  
exame físico  
e med. expm  
for, observados  
17:00 - Pac. com  
01 exames -  
for, observados  
15:04:00/17:30 dia -  
20.05.17. Pac. com  
observado, observado com  
uso de 200 mg de oxalato,  
com sintomas de  
Reação. Pa 130 x 80 mmHg  
de 10/05/2017 20:00

COMPREV  
COMITÊ DE PREVENÇÃO  
25 JUN 2018  
PROTUCOLO  
AG. RIO BRANCO



## PACIENTE

BEZAUUEL CONRADO DE QUEIROZ

IDADE

## CLINICA

48

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

**HUEB**  
*Handwritten in blue ink*  
 10/10/10

EVOLUÇÃO

### **PRESCRIÇÃO**

## HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DEC 12/05/2017

DT: 12/05/2017

FALX COTONELO ESQUERDA  
FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PE  
DIREITO

TROCA DA TALA GESSADA DIA  
14/05/2017

SOLICITADO TOMOGRAFIA DE P  
DIREITO.

AGUAFRIA      AGENDAMENTO      DO  
ESPECIALISTA(20/05/2017)

NOVOS  
SOLCITADO  
LABORATORIAIS (20/05/2017)

1. DIETA VOLOUNTARY SADD

2. SF 0.9% 500ML IV 12/12H

3. DIFERONÇA 1 GRAMA EV DILUÍDO 66,7

4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF0.9% EV Q/8H S/LN

5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 6/6 7.5/7.5

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA, ~~90~~ 90

OMEPRAZOL 20MG VO (ISE NAO TIVER EV)

7. CUIDADOS GERAIS

CEFALOTINA 1 GRAMMA EV 6MB 1HR

CURATIVO 1 X AD DIA

10 CAPTOPRIL 25MG VO SEPARADO DO ALMOÇO E JANTAR.

**CÓPIA**

Felipe Henrique de M. Duarte  
 Rua Gregório de Resende, 2106  
 São Paulo, SP

SAME / HUERE  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

[illegible]

COMPRESA  
COMPRAS DE VINCENÇA S/A  
05 JUN 2018  
PROTOCOLO  
AO RIO BRANCO











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

digitado e impresso em 12/05/2017

HUERB  
Hospital de Urgência e Emergência

REGISTRO

PACIENTE

BEZAUEL CONRADO DE QUEIROZ

IDADE

48

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

151

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

DI:12/05/2017  
DI:12/05/2017  
FX/LX COTOVELO ESQUERDO  
FRATURA DO 3 E 4 MT DE PE  
DIREITO  
TROCA DA TALA CESSADA DIA  
14/05/2017  
SOLICITADO TOMOGRAFIA DE PT  
DIREITO.  
AGUARDA AGENDAMENTO DO  
ESPECIALISTA(20/05/2017)  
SOLICITADO NOVOS  
LABORATORIAIS(20/05/2017)  
AVALIADO PELO ESPECIALISTA  
(22/05/2017)(PHOT103)(FTD)

1. DIETA VO LIVRE
2. SF 0,5% 500ML IV 12/12H
3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 8/8H
4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF 0,5% EV 8/8H(S/N)
5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8H(S/N)
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA  
OU  
OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV)
7. CUIDADOS GERAIS
8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS
9. CURATIVO 1 X AO DIA
10. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS+160 OU PAD+110mmHg



Felipe Henriques de A. Dutra  
FHM Cuiabá e Planalto  
CRM 1106

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

As 07:00 recebendo  
do enfermeiro a  
ante, comunicativa  
aparelho, demonstrando  
com auxílio da paci  
liar, não verbal  
gras no momento,  
mantendo o estado  
Ao acionar com o  
doença aguda, furo  
fisiológica. Resente  
também com o do am  
veio, trocando lençol  
de cama e roupa pi  
vária, curativo na  
deco com SF 0,5%,  
Clonidina no enca  
margem de MID.  
Tea corpo ligeiro  
Carmen 55,58  
Atenc. P. 10/05/17  
no enfermeiro a. 0.00  
mento. P. 10/05/17  
Tec. Enferm. 10/05/17





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

digitado e impresso em 11/06/2018

LETO

HUEB  
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

REGISTRO

PACIENTE

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

IDADE

48

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 12/05/2017	1. DIETA VOLUNTÁRIA <b>9ND</b> 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H - 500 + 500 3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 88H - 10:36:30:4 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF 0,9% EV 88H (SN) 5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 88H (SN) - 4 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA - 4 OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS - 10:36:30:4 9. CURATIVO 1 X AO DIA - 4 10. CAPTISIBOL 25MG VO SE PAS-160 OU PAD-110mg		
DI: 12/05/2017			
FX/LX COTOVELO ESQUERDO FRATURA DO 3 E 4 MTT DE PÉ DIREITO			
TROCA DA TALA GESSADA DIA 14/05/2017			
SOLICITADO TOMOGRAFIA DE PÉ DIREITO			
AGUARDAR AGENDAMENTO DO ESPECIALISTA (20/05/2017)			
SOLICITADO NOVOS LABORATORIAIS (20/05/2017)			
AVALIADO PELO ESPECIALISTA (22/05/2017) (PROTESECTFD)			
AGUARDAR LAUDOS PARA SER ENCAMINHADO AO TFD (24/05/2017)			

CÓPIA

Felipe Henrique de Aguiar, Doutor  
Fam. Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 1106

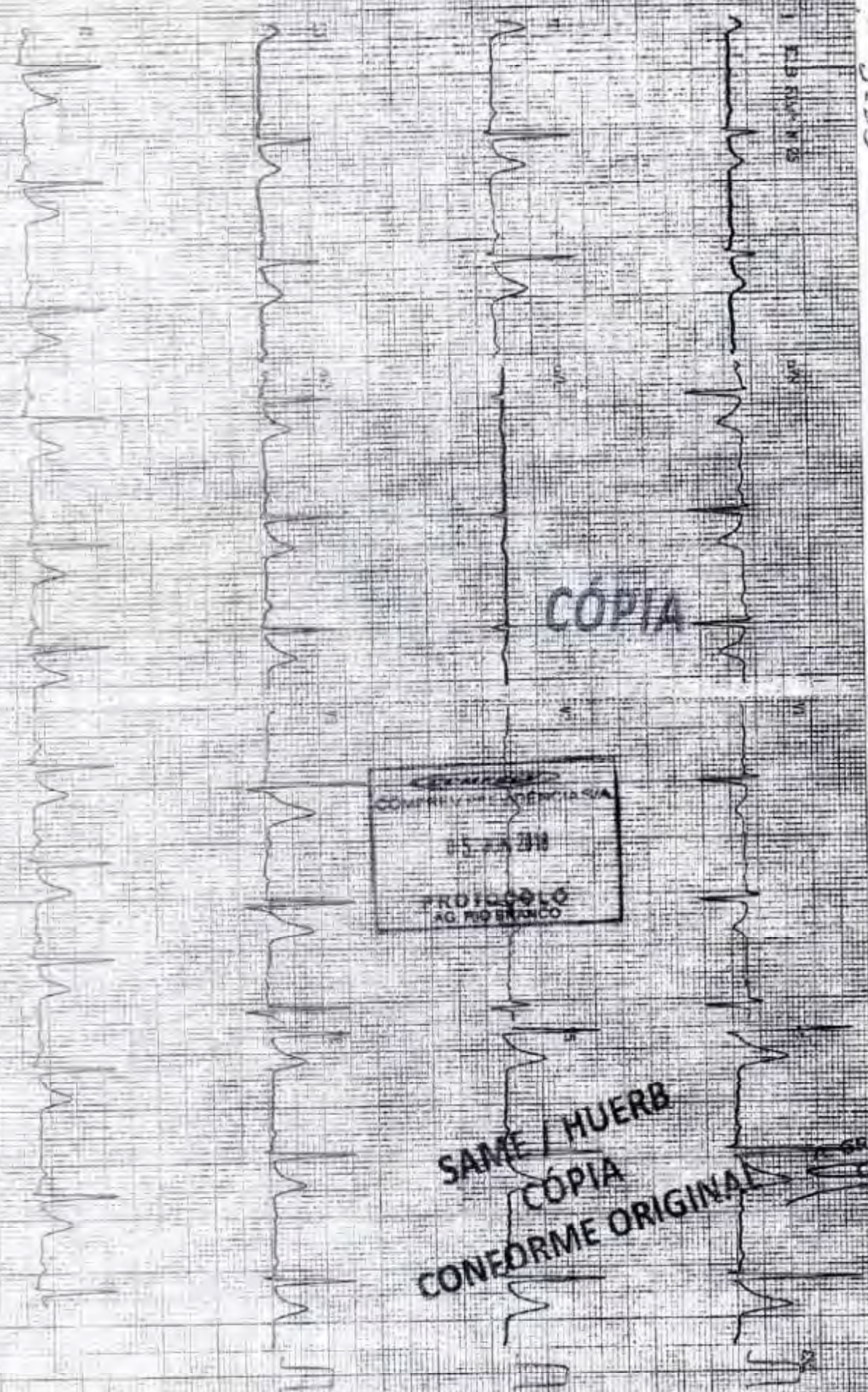


SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

8:30 AM. Realizado laudo  
mostrando fratura do 3º  
metacarpo da mão esquerda.  
Realizado o 3º e 4º MTT de  
Pé direito. 4:08:58:2.  
10:00 Paciente recebeu  
alta medicamentosa. Medi-  
cado conforme prescri-  
ção médica. Dr. Bel. Almeida  
COPIA



48 anos  
14 - 9:35



CÓPIA

COMPANHIA ADENIA S/A  
05-23-200  
PROTOCOLO  
AG. RIO BRANCO

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

GROVER PVAL  
Cardiologia  
CRM 698

17





Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: \_\_\_\_\_

História da Doença Atual: \_\_\_\_\_

<b>COMPRES</b> COMPREO DE VIGILÂNCIA
11 JUN 2018
PROTOCOLO AG. RIO BRANCO

História da Doença Anterior: \_\_\_\_\_

**CÓPIA**

**SAME / HUEB**

Exame Físico: \_\_\_\_\_

**CÓPIA**

**CONFORME ORIGINAL**

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: RX / Lx de cotovelo @ +  
RX de 3º e 4º PAPE @ + Lx do 5º PAPE @

Dr. Alvaro Jves  
P.R.M. Ortopedia e Traumatologia  
CRM 2061

Motivo 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 EVASÃO
- 19-ALTA P/ COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGIA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REG.

- 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 ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO

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 capitulo umeral.

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

Sinais de acentuado derrame articular no cotovelo.

Borrimento 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 capitulo 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 RADIOLOGISTA

CRM-AC 1482 RQE-AC 672

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA



Nome: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Idade: 48 A

Exame: TC DE PÉ DIREITO

Atendimento: 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 apostas.

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 íntegras.

Espaços articulares preservados.

Ausência de derrame articular significativo.

Planos musculares e tendíneos sem anomalias 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 RADIOLOGISTA

CRM-AC 1482 RQE-AC 572

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA





## RECEITUÁRIO



PACIENTE:

LMUNO

Ateste para os devidos fins que o Sr.  
BIZANIEL CORREIA DE OLIVEIRA, portador  
de título de tratamento na data 12/05/17  
apresentando FANTOMAS DO 3º e 4º Metatarsos,  
falange Metatarsos-falange do 5º dedo pé @  
e FANTOMAS LUXAÇÃO do tornozelo @. Sendo  
observada a redução imediata e imobilização  
na estalida @ e pé @.  
Evitar com Exercícios Regulares e Limitação  
para a Flexão Extensão tornozelo @, Hiperflexão do  
batedor @ e Redução do Fator muscular no M.S.E.  
no pé @ apresentar limitação funcional no dedo  
e pé, aumento do volume dos dedos e pé e redução  
dos fatores musculares do pé @.  
Para tanto é portador de lesão definitiva  
no M.S.E. e pé @.

DATA

29/06/18

CIO: 193-2/1922

ASSINATURA DO MÉDICO

Jose C. Silveiro C  
Médico Ortopedista  
CRM 483-AC

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 04.039.178/0001705  
RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE  
CEP: 69.909-380 - FONE: 3223-4608



SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA DO ACRE

UF: RORAIMA

## RECEITUÁRIO

28 JUN 2019

RIO BRANCO

PACIENTE: Como

Exatidão dos dados de Queiloz, sofreu no dia  
de 12/5/17 com fratura  
3º e 4º metatarsos + luxação metatarsal 3º metatarsal  
5º dedo pé D + fratura do 1º metatarsal (pequeno)  
Após unido a redução recente e imobilização  
do tornozelo e pé D.

Exatidão com grande rigidez e limitação  
para a flexão plantar controlada, hipotrofia  
do m. S. G. no pé D. Redução da força muscular  
no m. S. G. no pé D. Apresenta limitação  
função dos dedos e pé, aumento do  
volume dos dedos do pé e redução de  
força muscular do pé D.  
por tanto é portador de sequelas de  
no m. S. G. e pé D. e está de alta  
médica.

DATA 21/06/19

ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Sérgio C.  
Médico Ortopedista  
CRM 422 - AC

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 PERÍCIA MÉDICA

À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo N°: 3190402452

Vítima: Beylail Leonardo de Almeida

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 medica anexa, em que consta toda evolução e acompanhamento médico submetido.

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

(68) 993875823 / 681993955142.

Beylail Leonardo de Almeida

Rio Branco/AC 05 de Dezembro de 20 15.



## RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

LAURO

Atesto que o Sr. BEZALTEZ CONRAD DE OLIVEIRA  
sofreu acidente de trânsito no dia 12/05/17  
apresentando fratura de colo 3º e 4º meta-  
carpo, luxação metacarpofalangiana 5º  
dedo do pé ① e fratura hovária do  
cotovelo ⑤ sendo submetido a redução  
imediata e imobilização no cotovelo ⑤ e  
pé ①.  
Evo. foi com grande dificuldade fixado na  
flexoextensão do cotovelo ⑤ (estando a 45°),  
supinação do braço e redução da força muscu-  
lar no M.S.C. NO pé ① apresenta limitação  
funções nos interfalanges os dedos em pé,  
aumento de volume do dedo do pé e redução  
da força muscular do pé ①.  
Por tanto é portador de sequelas definitivas  
no M.S.E em 75% e no pé ① 50%.

DATA:

de autómedica.

por 05/12/19

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

Dr. Silverio C. de Almeida  
Médico Ortopedista  
CRM 456 - 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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

PALEJO DIREITO

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

DATA DE EXPIRAÇÃO

367886

23/10/2017

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

FILIAÇÃO

BRAZ SALLES DE QUEIROZ

ANGELITA CONRADO DE QUEIROZ

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

PLÁCIDO DE CASTRO - AC

DOC ORIGEM

14/08/1968

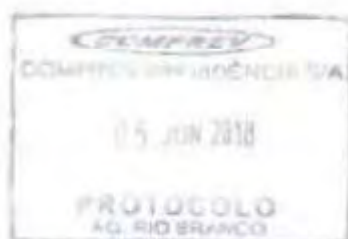
CERTIDÃO NASC 68 FL 17V LIV 44

PLÁCIDO DE CASTRO-AC

694.744.042-04

LEI Nº 116 DE 23-10-15

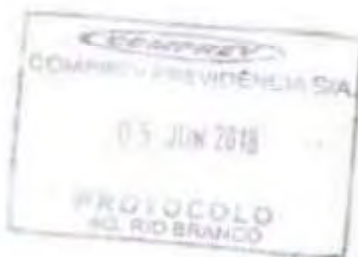
CÓPIA





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTERIO DAS CIDADES			
DETRAN - AC		Nº 013385434989	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
US	COD. RENAVAM	ANOS	EXERCICIO
01	01117594928		2017
NOME			
BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ			
Nro. Lacre: AC0000587354			
CNPJ		PLACA	
094.744.862-04		WX53913	
PLACA ANT		CHASSI	
		9C2KC2210HR022993	
TIPO DE VEICULO		COMBUSTIVEL	
PAB/MOTOCICLO/NAO APLICA		ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CB 160 TITAN EX		2017	2017
CHASSI/CIL	CATEGORIA	COR/RENDIMENTO	
2P/0162CC/	PARTICU	VERMELHA	
COTA UNICA	VENIC. COTA UNICA	VENIC. COTAS	
1º *****	*****	1º *****	
2º *****	*****	2º *****	
3º *****	*****	3º *****	
PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
R\$0.47 R\$125.05		11/05/2017	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO			
LOCAL		DATA	
RIO BRANCO-AC		16/05/2017	

CÓPIA





# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218499/19

**Vítima:** BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

**CPF:** 694.744.862-04

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/05/2017

**Titular do CPF:** BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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

KEILA DA SILVA ARAUJO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218499/19

**Número do Sinistro:** 3190402452

**Vítima:** BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

**CPF:** 694.744.862-04

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/05/2017

**Titular do CPF:** BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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

KEILA DA SILVA ARAUJO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GLEICIANE DA SILVA ALENCAR

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

Nome Benedito Comrado de Vasconcelos  
Nacionalidade: Brasileira, Est. Civil Solteiro  
Profissão Vendedor  
Identidade 367586 CPF: 694.344.362-04  
Endereço R. Soledade, 126, Jd. São Felipe, 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.

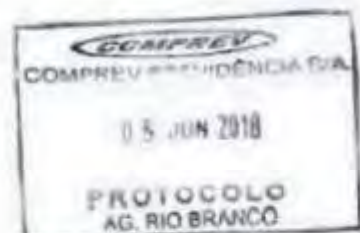
Obs: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

RIO BRANCO/AC 24 de Maio 2018



OUTORGANTE

(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

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/05/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

## 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](http://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

KEILA DA SILVA ARAUJO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/05/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-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](http://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