

---

**Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210033980**

**Vítima: ALCILENE RIBEIRO GOMES**

**Data do Acidente: 11/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ALCILENE RIBEIRO GOMES**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 01 de Março de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210033980**

**Vítima: ALCILENE RIBEIRO GOMES**

**Data do Acidente: 11/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALCILENE RIBEIRO GOMES**

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

<b>Relatório da análise médica presencial Líder</b>	Considerando que a vítima não compareceu à análise médica presencial agendada, não foi possível emitir o relatório. Solicitamos entrar em contato para reagendamento através dos telefones 4020-1596 (Regiões metropolitanas) ou 0800-022-1204 (demais regiões) de segunda a sexta-feira, das 8 h às 20 h e para pessoas com deficiência auditiva no 0800-022-1206. O comparecimento à análise médica presencial é imprescindível para a finalização do processo.
---	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 26 de Março de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210033980**

**Vítima: ALCILENE RIBEIRO GOMES**

**Data do Acidente: 11/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALCILENE RIBEIRO GOMES**

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

<b>Relatório da análise médica presencial Líder</b>	Considerando que a vítima não compareceu à análise médica presencial agendada, não foi possível emitir o relatório. Solicitamos entrar em contato para reagendamento através dos telefones 4020-1596 (Regiões metropolitanas) ou 0800-022-1204 (demais regiões) de segunda a sexta-feira, das 8 h às 20 h e para pessoas com deficiência auditiva no 0800-022-1206. O comparecimento à análise médica presencial é imprescindível para a finalização do processo.
---	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210033980**

**Vítima: ALCILENE RIBEIRO GOMES**

**Data do Acidente: 11/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALCILENE RIBEIRO GOMES**

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

<b>Relatório da análise médica presencial Líder</b>	Considerando que a vítima não compareceu à análise médica presencial agendada, não foi possível emitir o relatório. Solicitamos entrar em contato para reagendamento através dos telefones 4020-1596 (Regiões metropolitanas) ou 0800-022-1204 (demais regiões) de segunda a sexta-feira, das 8 h às 20 h e para pessoas com deficiência auditiva no 0800-022-1206. O comparecimento à análise médica presencial é imprescindível para a finalização do processo.
---	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210033980**

**Vítima: ALCILENE RIBEIRO GOMES**

**Data do Acidente: 11/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ALCILENE RIBEIRO GOMES**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

**Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210033980**

**Vítima: ALCILENE RIBEIRO GOMES**

**Data do Acidente: 11/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALCILENE RIBEIRO GOMES**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.788,75

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%	
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%	
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$ 843,75

**Recebedor: ALCILENE RIBEIRO GOMES**

**Valor: R\$ 1.788,75**

**Banco: 033**

**Agência: 000001556**

**Conta: 000001014446-9**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3210033980

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALCILENE RIBEIRO GOMES

Data do acidente: 11/11/2020

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Acidente de trânsito Moto-moto, fratura de 5º metacarpo direito e fratura de tornozelo direito.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico da mão direita apresenta movimento de pinça palmar normal, movimento de compressão digital normal, movimento de pinça lateral normal, movimento de pinça pulpar normal, movimento de compressão palmar normal, movimento de preensão normal, sem amputação, articulação metacarpofalangeana do polegar aos 90°, articulação metacarpofalangeana do segundo dedo aos 90°, articulação metacarpofalangeana do terceiro dedo aos 90°, articulação metacarpofalangeana do quarto dedo aos 90°, articulação metacarpofalangeana do quinto dedo aos 70°, hiperextensão do polegar aos 10°, hiperextensão do segundo dedo aos 10°, hiperextensão do terceiro dedo aos 10°, hiperextensão do quarto dedo aos 10°, hiperextensão do quinto dedo aos 6°. Apresenta na região observada ausência de atrofia no segmento, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau residual na mão direita.

**Resultados terapêuticos:** Submetida a tratamento conservador (imobilização gessada) na fratura de metacarpo direito(5) por 45 dias e 60 dias no tornozelo direito, sem complicações posteriores, sem complementação com fisioterapia pela demora do SUS. De alta médica sem documento comprobatório

**Sequelas permanentes:** Sequela definitiva do tornozelo direito de grau leve e de grau residual na mão direita.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/05/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>13,25 %</b>	<b>R\$ 1.788,75</b>



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 775.510.952-68 4 - Nome completo da vítima: Alcilene Ribeiro Gomes

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

5 - Nome completo: Alcilene Ribeiro Gomes 6 - CPF: 775.510.952-68  
7 - Profissão: operador de caixa 8 - Endereço: Rua Copacabana 002. 069 9 - Número: 101 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Rd. Santa Luzia 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 67.971-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (68) 99597-7502

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itai (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Banco Santander  
AGÊNCIA: 1556 CONTA: 01014446 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no CIVIL)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Dado do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, Rio Branco, 20 de Janeiro de 2011

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Alcilene Ribeiro Gomes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Santander



Olá, Alcilene

Ag 1556 Cc 01014446-9



Saldo disponível



Pix



Pagar



Transferir



### Atendimento

São várias opções para te ajudar:  
fale com a GENTE e tire as dúvidas

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: 3210033980

Nome do(a) Examinado(a): ALCILENE RIBEIRO GOMES

Endereço do(a) Examinado(a): R CAFEZAL, 101, Q2 C 68 CS, Rio Branco/AC

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP/AC / 418242

Data e local do acidente: 11/11/2020 - Rio Branco/AC

Data e local do exame: 10/05/2021 - Rio Branco/AC

Coordenadas Geográficas: latitude: -9.97326 , longitude: -67.81981

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

Acidente de trânsito (moto-moto) fratura de 5º metacarpo direito. fratura de tornozelo direito.

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

Submetida a tratamento conservador (imobilização gessada) na fratura de metacarpo direito(5º) por 45 dias e 60 dias no tornozelo direito, sem complicações posteriores, sem complementação com fisioterapia pela demora do SUS. De alta médica sem documento comprobatório

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

Ao exame físico da mão direita apresenta movimento de pinça palmar normal, movimento de compressão digital normal, movimento de pinça lateral normal, movimento de pinça pulpar normal, movimento de compressão palmar normal, movimento de preensão normal, sem amputação, articulação metacarpofalangeana do polegar aos 90°, articulação metacarpofalangeana do segundo dedo aos 90°, articulação metacarpofalangeana do terceiro dedo aos 90°, articulação metacarpofalangeana do quarto dedo aos 90°, articulação metacarpofalangeana do quinto dedo aos 70°, hiperextensão do polegar aos 10°, hiperextensão do segundo dedo aos 10°, hiperextensão do terceiro dedo aos 10°, hiperextensão do quarto dedo aos 10°, hiperextensão do quinto dedo aos 6°. Apresenta na região observada ausência de atrofia no segmento, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericárdio possui um déficit funcional de grau residual na mão direita.

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

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

Sequela definitiva do tornozelo direito de grau leve e de grau residual na mão direita.

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

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 (\*)

() "Vítima em tratamento"

(X) "Sem seqüela 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.

Mão Direita - Residual - 10%

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Dr. Evivaldo Sander Pires  
CRM-AC 3148



**GOVERNO DO ESTADO DO ACRE**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA DE COMBATE A ROUBOS E EXTORSÕES - RIO BRANCO**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00002557/2021

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 20/01/2021 08:59:41 Data/Hora Fim: 20/01/2021 09:21:11

Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade de Apuração: Delegacia de Combate a Roubos e Extorsões

Data/Hora do Fato: 11/11/2020 10:35

**Local do Fato**

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Conquista

Logradouro: Av. Valdomiro Lopes

Tipo do Local: Via Pública

Nº: 000

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira

**Nome Civil: ALCILENE RIBEIRO GOMES (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 27/07/1982 Idade 38

Profissão: Operador de Caixa

Escolaridade: Ensino Superior Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Cruzeiro do Sul - AC

Nome da Mãe: Maria do Socorro Pereira Ribeiro

Em Serviço: Não

**Documento(s)**

CPF: 775.510.952-68

**Endereço**

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA BEIRA RIO

Nº: 3

CEP: 69.905-436

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>Descrição</b> HONDA 160 STAR	<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 845.684.022-04
<b>Placa</b> QLY0501	<b>Renavam</b> 01116721977
<b>Número do Motor</b> KC25E0H021075	<b>Número do Chassi</b> 9C2KC2500HR021065
<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2017/2016	<b>Cor</b> PRETA
<b>UF Veículo</b> AC	<b>Município Veículo</b> Rio Branco
<b>Marca/Modelo</b> HONDA/CG 160 START	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Situação</b> Meio Empregado, Envolvido	<b>Última Atualização Denatran</b> 28/09/2020
<b>Situação do Veículo</b>	



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE COMBATE A ROUBOS E EXTORSÕES - RIO BRANCO

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00002557/2021

RESTRICAO\_BENEFICIO\_TRIBUTARIO\_FILE\_VEICULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
Acilene Ribeiro Gomes	Proprietário

## RELATO/HISTÓRICO

A vítima veio registrar que um carro veio pela contra mão na Av. Valdomiro Lopes, vindo a colidir com sua motocicleta, que o autor se evadiu do local sem prestar socorro, a vítima desmaiou e foi levada pelo SAMU vtr 08, a vítima não sabe quem é o autor, que sofreu uma lesão na mão direita, e teve o pé direito quebrado, segundo prontuário da HUERB BE: 2761630 CNS: 706001366449049, setor de emergência: 04. cirurgia e trauma.

## ASSINATURAS

Itamar Moreira de Oliveira  
Agente de Polícia  
Matrícula 9089900  
Responsável pelo Atendimento

Acilene Ribeiro Gomes  
Vítima, Comunicante

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 775.510.952-68 4 - Nome completo da vítima: Alcilene Ribeiro Gomes

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

5 - Nome completo: Alcilene Ribeiro Gomes 6 - CPF: 775.510.952-68  
7 - Profissão: operador de caixa 8 - Endereço: Rua Copacabana 002. 669 9 - Número: 101 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Rd. Santa Luzia 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.971-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (68) 99597-7502

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itai (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Banco Santander  
AGÊNCIA: 1556 CONTA: 01014446 9  
(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no CIVIL)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Dado do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, Rio Branco, 20 de Janeiro de 2011

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Alcilene Ribeiro Gomes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 775.510.952-68 4 - Nome completo da vítima: Alcilene Ribeiro Gomes

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

5 - Nome completo: Alcilene Ribeiro Gomes 6 - CPF: 775.510.952-68  
7 - Profissão: operador de caixa 8 - Endereço: Rua Copacabana 002.069 9 - Número: 101 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Rdt. Santa Luzia 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.971-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (68) 99597-7502

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itai (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Banco Santander  
AGÊNCIA: 1556 CONTA: 01014446 9  
(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no CIVIL)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Dado do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, Rio Branco, 20 de Janeiro de 2011

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Alcilene Ribeiro Gomes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# SUA FATURA CHEGOU!

**ALCILENE RIBEIRO GOMES**

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA CAFEZAL, 101 - QD 02 CS 68 - CEP:69971000  
LOT. SANTA LUZIA  
RIO BRANCO (AG: 1)

CLASSE/SUBCLS.: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL  
ROTEIRO: 002 - 0001 - 090 - 0850  
Nº DO MEDIDOR: MON17115465  
MATRÍCULA: 364736-2021-3-7

LIGAÇÃO: MONOFASICO  
DOM. BANC.:  
DOM. ENT.:



ENERGISA ACRE - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
RUA VALERIO MAGALHAES, 226  
BOSQUE - RIO BRANCO - AC - CEP: 69.900-685  
CNPJ: 04.065.033/0001-70 IE: 0100414100146  
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica - Série: U NF: 011.066.899



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

**30/364736-9**

☎ 0800 701 0326

📱 /energisa

🌐 www.energisa.com.br

📞 18 9 9120-3365

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO. UTILIZE O CÓDIGO: 0000364736-9



VALOR DA FATURA

**R\$ 143,51**



VENCIMENTO

**29/03/2021**

SITUAÇÃO DE DÉBITOS



REFERÊNCIA

**Março/2021**



CONSUMO

**83 kWh**

2,59 kWh  
MÉDIA DIÁRIA

CNPJ/CPF/RANI: 775.510.952-68

RESERVADO AO FISCO:

946f.b2a8.0a21.4035.a569.2d9a.4c44.f8d5



DATA DE EMISSÃO

**15/03/2021**

APRESENTAÇÃO

**22/03/2021**

PRÓXIMA LEITURA

**08/04/2021**

## DESCRIPTIVO

CCI	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	TARIFA SEM TRIBUTOS	TARIFA COM TRIBUTOS	VALOR TOTAL (R\$)	BASE CALC. ICMS (R\$)	ALÍQ. ICMS	ICMS (R\$)	BASE CALC. PIS/COFINS (R\$)	PIS (R\$) (1,0845%)	COFINS (R\$) (4,9955%)
0601	Consumo em kWh	83,000	0,581910	0,619570	51,42	0,00	0	0,00	51,42	0,56	2,56
0601	Adic. B. Amarela				1,18	0,00	0	0,00	1,18	0,01	0,06
	<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>										
0807	Contrib de Ilum Pub				2,47	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	PARCELAMENTO DE DÉBITO 19/48				88,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
	<b>TOTAL:</b>				<b>143,51</b>	<b>0,00</b>		<b>0,00</b>	<b>52,60</b>	<b>0,57</b>	<b>2,62</b>

CCI: Código de Classificação do Item

## NOTA FISCAL/CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Nº FATURA  
11066899

MATRÍCULA

364736-2021-3-7

VENCIMENTO

29/03/2021

TOTAL A PAGAR

R\$ 143,51

8363000001-2 43510045000-4 03647362021-3 03700001019-1



## ATENÇÃO

- Faturas Anteriores Parceladas, conforme contrato firmado.
- Leitura confirmada

## CANAL DE CONTATO

- Prezado Cliente:  
Esta é sua nova conta de luz, totalmente reformulada para apresentar de forma clara informações importantes, como valor, data de vencimento, histórico de consumo e eventuais contas vencidas. O código de sua Unidade Consumidora (UC) ganhou mais dois dígitos: 30 (três e zero). Isso indica que você é cliente da Energisa no Acre e facilita seu atendimento. Acesse nossos canais virtuais: site, App Energisa ON e Whatsapp (68) 99233-0341 e tenha mais facilidade e comodidade. Energisa, ligada na sua energia!

### INDICADORES DE QUALIDADE

LÍMITES DA ANEEEL	ANUAL	TRIM.	SEMESTRAL	TRIM.	SEMESTRAL
DIC	6,27	0,17	12,54	25,08	FEV/21
FIC	3,92	1,00	7,85	15,70	JAN/21
DMIC	3,71	0,17			DEZ/20
DICRI		12,22			NOV/20
					OUT/20
					SET/20
					AGO/20
					JUL/20
					JUN/20
					MAI/20
					ABR/20
					MAR/20

Conjunto: SAO FRANCISCO

Referência: 01/2021

Tensão Contratada: 117 a 133

Limite Adequado: 117 a 133

DIC: Horas que o cliente ficou sem energia.  
FIC: Horas que o cliente ficou sem energia.  
DMIC: Duração da maior interrupção de energia no período.  
DICRI: Duração da interrupção individual em dia crítico.

### CONSUMO DOS ÚLTIMOS 12 MESES

MÊS	CONSUMO FATURADO	DEMANDA MÉDIA	CONSUMO FATURADO	DEMANDA MÉDIA	ERE	DRE	ERE	DRE	CONSUMO	ERE
FEV/21	130									
JAN/21	112									
DEZ/20	126									
NOV/20	79									
OUT/20	99									
SET/20	114									
AGO/20	112									
JUL/20	154									
JUN/20	198									
MAI/20	104									
ABR/20	159									
MAR/20	163									

\*FATURAMENTO PELA MÉDIA/MÍNIMO

### COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

### ESTRUTURA DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%	UNL	POSTO	DADOS DA LEITURA					DADOS DO CONSUMO		
					ATUAL	ANTERIOR	K	PERDAS (%)	FAT. POT.	AJ. FAT. POT.	MEDIDO	FATURADO
Serviço de distribuição	20,90	14,57	KWH	Ponta	7517	7434	1	0			83	83
Compra de energia	21,06	14,67										
Serviço de transmissão	2,10	1,46										
Encargos setoriais	5,35	3,73										
Impostos diretos e encargos	5,66	3,94										
Outros serviços	88,44	61,63										
<b>Total</b>	<b>143,51</b>	<b>100,00</b>										
Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref 01/2021): R\$ 43,02												

### DADOS DA DEMANDA

### FIQUE ATENTO

Informações sobre condições gerais do fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e impostos estão à disposição para consulta em nossas agências de atendimento, no site [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br), aplicativo Energisa On ou através das nossas redes sociais.

Pagando sua conta em dia, você evita cobrança de multa de 2%, atualização monetária com base na variação do IGP-M, juros de mora de 1% ao mês, corte no fornecimento de energia e demais transtornos. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores.

Caso não efetue o pagamento de sua conta de luz até a data do vencimento, uma vez vencida, você estará sujeito à inclusão de seu nome nos órgãos de proteção ao crédito (SPC, SERASA, SPCPL) e também estará sujeito ao protesto do documento junto aos órgãos competentes, devendo arcar com todos os custos para retirada do protesto.

Central de Atendimento Energisa: 0800 701 0326

Central de Atendimento Energisa (alta e média tensão): 0800 723 3320

Atendimento Energisa para deficiente auditivo ou de fala: 0800 086 1234

Ouvidoria Energisa: 0800 701 0324 (horário comercial) - Necessário ter o número do protocolo de atendimento

ARRESP - SP - Agência Reguladora de Saneamento e Energia do Estado de São Paulo: 0800 727 0167 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis)

ANELIC - Agência Nacional de Energia Elétrica: 187 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis)

### ONDE PAGAR SUA CONTA

<p><b>Débito Automático:</b> Bradesco / Sicredi / Banco do Brasil / Itaú / Mercantil do Brasil / Santander / Bancoob (Sicoob) / Caixa Econômica Federal / Inter / Credicoamo</p>	<p><b>Agentes Credenciados:</b> Caixa Econômica Federal (Casas Lotéricas e Caixa Aquil) / Banco do Brasil (Correspondentes Bancários) / Credicoamo / Tribanco / Bradesco (Correspondentes Bancários) / Bancoob (Sicoob) (Agentes Credenciados) / Sicredi (Agentes Credenciados)</p>	<p><b>Autoatendimento e Internet:</b> Bradesco / Sicredi / Banco do Brasil / Itaú / Mercantil do Brasil / Santander / Bancoob (Sicoob) / Caixa Econômica Federal / Inter / Credicoamo</p>
--	---	---

## Chegamos no WhatsApp!

Agora você pode solicitar a 2ª via das suas faturas, religação e tirar dúvidas através da nossa assistente virtual no Whatsapp.

Adicione o nosso número nos seus contatos:  
**18 9 9120-3365**



## Baixe o Energisa On no seu smartphone:

Mais comodidade e facilidade no seu relacionamento conosco.

Com o Energisa On você pode solicitar serviços, esclarecer dúvidas e muito mais.

Disponível para Android e iOS em [energisa.com.br/energisaon](http://energisa.com.br/energisaon)





UTC. 08

BOLETIM DE ATENDIMENTO - SAMU

CHAMADO	Nº	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					DATA	[1][1] / [1][1] / [20][13]	HORA	[0][7] h [3][8] min										
	MÉDICO(A) REGULADOR(A) D.(a)	Dr. Edson					CPOD - MO-V													
MOTIVO	CLÍNICO					TRAUMÁTICO														
	<input type="checkbox"/> 4. RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> 8. OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> 12. METABÓLICO	<input type="checkbox"/> 15. COLISÃO	<input type="checkbox"/> 19. FAF	<input type="checkbox"/> 22. AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC.	<input type="checkbox"/> 9. PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> 13. PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> 20. FAD	<input type="checkbox"/> 23. ELETROPLESSÃO	<input type="checkbox"/> 6. NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> 10. INFECCIOSO	<input type="checkbox"/> 14. OUTRO: _____	<input type="checkbox"/> 17. QUEDA	<input type="checkbox"/> 21. QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> 6. GASTRINTEST.	<input type="checkbox"/> 11. INTOXICAÇÃO EXÓG.	<input type="checkbox"/> 18. AGRESSÃO
PACIENTE	NOME COMPLETO					IDADE														
	Aucilene Nelys Gomes					25. Masc. <input type="checkbox"/> 26. Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 33 Anos														
ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, Nº, AP, BARRIO, PONTO DE REFERÊNCIA)																				
Av. Valdeberto Soares - Km 11a Póvoa																				
EXAME PRIMÁRIO	VIAS AÉREAS		RESPIRAÇÃO		CIRCULATORIO		NEUROLÓGICO		EXPOSIÇÃO											
	<input type="checkbox"/> 28. OBSTRUÍDAS	<input type="checkbox"/> 29. PARC. OBSTR.	<input type="checkbox"/> 30. LIVRE	<input type="checkbox"/> 31. NORMAL	<input type="checkbox"/> 32. ALTERADA	<input type="checkbox"/> 33. AGÔNICA	<input type="checkbox"/> 34. APNÉIA	<input checked="" type="checkbox"/> 35. NORMAL	<input type="checkbox"/> 36. CHOQUE	<input type="checkbox"/> 37. SANGRAMENTO	<input type="checkbox"/> 38. PCR	<input checked="" type="checkbox"/> 39. NORMAL	<input type="checkbox"/> 40. CONVULSÃO	<input type="checkbox"/> 41. AGITAÇÃO	<input type="checkbox"/> 42. CONFUSÃO	<input type="checkbox"/> 43. COMA	<input checked="" type="checkbox"/> 44. SEM ALTERAÇÃO	<input type="checkbox"/> 45. QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> 46. DEFORMIDADES	<input type="checkbox"/> 47. FRATURAS
SINAIS VITAIS	HORA		P.A.	F.R.	FC	SPO2	DEXTRO	GLASGOW												
	INÍCIO		180x120		85	98%	110													
PROCEDIMENTO EFETUADOS	<input type="checkbox"/> 41. ADM. OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/> 53. RCP	<input type="checkbox"/> 57. COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/> 61. DESFIBRILAÇÃO	<input type="checkbox"/> 65. CURATIVO	<input type="checkbox"/> 50. GUEDEL	<input type="checkbox"/> 54. PUNÇÃO TORÁCICA	<input type="checkbox"/> 58. FLEBOTOMIA	<input type="checkbox"/> 62. INTRACATH	<input type="checkbox"/> 66. PRANCHA LONGA	<input type="checkbox"/> 51. ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/> 55. DRENAGEM TORÁCICA	<input type="checkbox"/> 59. PUNÇÃO PERICÁRDICA	<input type="checkbox"/> 63. SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> 67.	<input type="checkbox"/> 52. INTUBAÇÃO (OT-NT)	<input type="checkbox"/> 56. VEIA PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/> 60. SONDA GÁSTRICA	<input type="checkbox"/> 64. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS	<input type="checkbox"/> 68.
	AVALIAÇÃO MONITOR ECG: _____										REPOSIÇÃO VOLÊMICA / MEDICAMENTOS: _____									
TRANSF.	TIPO		ORIGEM		DESTINO		CONTATO NO DESTINO													
	<input type="checkbox"/> 69. SIMPLES	<input type="checkbox"/> 70. MEDICALIZADO	Via Pública		Pronto Socorro															
INCIDENTE	<input type="checkbox"/> 71. CANCELADO	<input type="checkbox"/> 73. ÔBITO	<input type="checkbox"/> 75. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO		<input type="checkbox"/> 77. OUTRO															
	<input type="checkbox"/> 72. FALSO	<input type="checkbox"/> 74. RECUSOU ATENDIMENTO	<input type="checkbox"/> 76. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL																	

OBSERVAÇÕES

Paciente colisão carro-moto, condutor de moto apresenta deformidade na mão (D) com não conseguir movimentar membros, e mesma ferida em antebraço com ferida de tipo lacerado com defeito de compressão regulada médica e mesmo ferida com defeito de sangue sangue seco de antebraço

PROFISSIONAL QUE RECEBER O PACIENTE

Tel Josele Landeira Cavalcante



ALERGIAS MED.:



**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
 PROTOCOLO DE MANCHESTER**

- ( ) CLÍNICO
- ( ) ODONTO
- ( ) PED

**CLASSIFICAÇÃO**

NOME DO PACIENTE		IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL		COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA			
DISCRIMINADOR		Peso:	
PARÂMETROS	PA: X mmHg	Temp.: °C	Sat. O2: %
	ESCALA DE DOR  ( ) 10 ( ) 8-9 ( ) 7 ( ) 5-6 ( ) 1-4 ( ) 0		Pulso: bpm  Glicemia: mg/dl Glasgow: Alterado ( ) Não alterado ( )
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos	( ) DESISTÊNCIA ( ) EVASÃO Assinatura:	HORÁRIO:
RECLASSIFICAÇÃO			

**RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO**

Às \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

**ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA**

Às \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SAME / HUERB  
 CÓPIA  
 CONFORME ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



## RECEITUÁRIO

UNIDADE:

Policlínica Barral y Barral

CNES:

Trav.: São Lázaro, nº 20 - Tangará

CNPJ: 04.034.526/0001-43

CNES: 2000075

*Trdo meto*

*Trdo para dev'ls fins.  
- para a S<sup>ra</sup> Ate. Lene Kisho  
bonas necessita de AOXI.  
Lo de moleta, cadern  
de renda para seu solt.  
CONT NO: dificuldade de pa  
Rio Branco/Acre de Ate Guitaor.*



*8/10/12*

Dr. Paulo Pinciano de Souza Santos  
CRM - AC 1117  
Clínica Geral  
Dermatologia e Alergia

Assinatura e carimbo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 IDENTIDADE NACIONAL  
 IDENTIDADE NACIONAL

**ALCILENE RIBEIRO GOMES**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**418242 SSP AC**

CPF: **775.510.952-68** DATA NASCIMENTO: **27/07/1982**

FILIAÇÃO:  
**ANTONIO SOARES GOMES**  
**MARIA DO SOCORRO**  
**FERRIRA RIBEIRO**

PERMISSÃO: **000000000000000000** ACC: **000000000000000000** CAT. HAB: **AB**

Nº REGISTRO: **05310672292** VALIDADE: **10/07/2022** HABILITAÇÃO: **23/05/2011**

OBSERVAÇÕES:

*Alcilene Ribeiro Gomes*

LOCAL: **RIO BRANCO, AC** DATA EMISSÃO: **31/01/2018**

*Paulo Roberto*  
 Paulo Roberto  
 Diretor Geral  
 Goiânia - AC

ASSINATURA DO EMISSOR: **84618510701**  
**AC407609806**

**ACRE**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1561408449**

PROJETO PLÁSTICO  
**1561408449**

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

AC Nº 015273100708

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

01 845.684.022-04 OFF/CHPJ EXERCÍCIO 2020 DATA EMISSÃO 28/09/2020  
01116721977 RENAVAM FLACA 01Y0501

2016 ANO FAB. 9 DE IMP. MARCA/MODELO HONDA/CG 160 START  
9C2KC2500HR021065 Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$3.65  
CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15  
DEMATRAN (R\$) R\$0.41  
CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$4.05  
IOF (R\$) R\$0.05  
TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) R\$12.3

COTA ÚNICA  PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/03/2020

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.608/0001-04  
015273100708  
646530650118

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - AC Nº 015273100708  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

01 01116721977 COD. RENAVAM RNTIC EXERCÍCIO 2020

LUCIANO RODRIGUES DE BRITO  
Nº Lacre: AC0000574503

845.684.022-04 OFF/CHPJ FLACA 01Y0501

9C2KC2500HR021065 PLACA ANTAF CHASSI

PAS/MOTOCICLO/NAO APLICA ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/CG 160 START MARCA/MODELO ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2017

2P/0162CC/ CAP/POT/CIL. CATEGORIA PARTICU POR PREDOMINANTE PRETA

1º #PAGO\* COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º \*\*  
2º #PAGO\* COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 2º \*\*  
3º #PAGO\* COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 3º \*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$0.05 IOF (R\$) R\$0.05 PREMIO TOTAL (R\$) R\$12.3 DATA DE PAGAMENTO 10/03/2020

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIA \*REN. TRIBUTARIO

RIO BRANCO-AC Local RIO BRANCO-AC Data 28/09/2020

CONTRON

CONTRON

LETRAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - AC

Nº 015273100708

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

6 VIA 01  
4 01116721977  
6 RNTTC

6 NOME/ENDEREÇO  
5 LUCIANO RODRIGUES DE BRITO  
3 RAMAL DA JUDIA  
0 BELD JARDIM I Nro:1848  
6 RIO BRANCO-AC 69907796

5 CPT/CPF 845.684.022-04  
0 PLACA QLY0501

1 NOME ANTERIOR  
8 DIEGO ROSAS LOPES

PLACA ANT/UF CHASSI  
9C2KC2500HR021065

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLICA  
COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 160 START  
ANO FAB 2016 ANO MOD 2017

CAP/POT/CL 2P/0162CC/  
CATEGORIA PARTICU  
COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMINIO \* BEN. TRIBUTARIO  
\*

LOCAL RIO BRANCO-AC Luiz Fernando Duarte Mala  
PR SECRET DO CP. TRANAC  
DATA 28/09/2020

DETRAN

CONTRAN

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031221/21

**Vítima:** ALCILENE RIBEIRO GOMES

**CPF:** 775.510.952-68

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 11/11/2020

**Titular do CPF:** ALCILENE RIBEIRO GOMES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ALCILENE RIBEIRO GOMES : 775.510.952-68**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 28/01/2021  
Nome: ALCILENE RIBEIRO GOMES  
CPF: 775.510.952-68

ALCILENE RIBEIRO GOMES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2021  
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA  
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031221/21

**Número do Sinistro:** 3210033980

**Vítima:** ALCILENE RIBEIRO GOMES

**CPF:** 775.510.952-68

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 11/11/2020

**Titular do CPF:** ALCILENE RIBEIRO GOMES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Outros

**ALCILENE RIBEIRO GOMES : 775.510.952-68**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 15/03/2021

Nome: ALCILENE RIBEIRO GOMES

CPF: 775.510.952-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/03/2021

Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

CPF: 783.757.462-15

\_\_\_\_\_  
ALCILENE RIBEIRO GOMES

\_\_\_\_\_  
GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031221/21

**Número do Sinistro:** 3210033980

**Vítima:** ALCILENE RIBEIRO GOMES

**CPF:** 775.510.952-68

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 11/11/2020

**Titular do CPF:** ALCILENE RIBEIRO GOMES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Outros

**ALCILENE RIBEIRO GOMES : 775.510.952-68**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 30/03/2021

Nome: ALCILENE RIBEIRO GOMES

CPF: 775.510.952-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2021

Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

CPF: 783.757.462-15

ALCILENE RIBEIRO GOMES

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Resposta a(s) tipo(s) de cobertura:  OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do acidente no AS: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 775.510.952-68 4 - Nome completo da vítima: Alciane Ribeiro Gomes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: Alciane Ribeiro Gomes 6 - CPF: 775.510.952-68  
7 - Profissão: Operador de Caixa 8 - Endereço: Rua Luiz Gal, 202 - CEP 9 - Número: 101 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Rd. Santa Luzia 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.971-000  
15 - Fone: (69) 99997-2502

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: (68) 99918-3322  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA COVEN:  RECUSO INFORMAR  R\$1,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENSAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENSAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPOANÇA (destinado para as faixas abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (207)  Itaú (541)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (destino ao banco)  
Nome do BANCO: Banco Santander  
AGÊNCIA: 1556 CONTA: 01014446 9  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.  
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no CIV)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Declaro, sob as penas da Lei, que sou o único beneficiário.  
25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
26 - Se a vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não  
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Fallecidos: \_\_\_\_\_  
30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não  
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Fallecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/mãe vivos?  Sim  Não

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

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio Branco, 20 de Janeiro de 2016  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Alciane Ribeiro Gomes  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_  
43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

# SUA FATURA CHEGOU!

**ALCILENE RIBEIRO GOMES**

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA CAFEZAL, 101 - QD 02 CS 68 - CEP:69071000  
LOT. SANTA LUZIA  
RIO BRANCO (AG: 1)

CLASSE/SUBCLS: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL  
ROTEIRO: 002 - 0001 - 090 - 0850  
Nº DO MEDIDOR: MON17115465  
MATRÍCULA: 364736-2021-3-7

LIGAÇÃO: MONOFASICO  
DOM. BANC:  
DOM. ENT:



ENERGISA ACRE - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
RUA VALERIO MAGALHAES, 226  
BOSQUE - RIO BRANCO - AC - CEP: 69.900-685  
CNPJ: 04.065.033/0001-70 IE: 0100414100146  
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica - Série: U NF: 011.066.899



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

**30/364736-9**

☎ 0800 701 0326

📱 /energisa

🌐 [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

📞 18 9 9120-3365

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO. UTILIZE O CÓDIGO: **0000364736-9**



VALOR DA FATURA

**R\$ 143,51**



VENCIMENTO

**29/03/2021**



REFERÊNCIA

**Março/2021**



CONSUMO

**83 kWh**

2,59 kWh  
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CNPJ/CPF/RANI: 775.510.952-68

RESERVADO AO FISCO:

946f.b2a8.0a21.4035.a569.2d9a.4c44.f8d5



DATA DE EMISSÃO

**15/03/2021**

APRESENTAÇÃO

**22/03/2021**

PRÓXIMA LEITURA

**08/04/2021**

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031221/21

**Número do Sinistro:** 3210033980

**Vítima:** ALCILENE RIBEIRO GOMES

**CPF:** 775.510.952-68

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 11/11/2020

**Titular do CPF:** ALCILENE RIBEIRO GOMES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Sinistro**

Outros

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 22/04/2021  
Nome: ALCILENE RIBEIRO GOMES  
CPF: 775.510.952-68

ALCILENE RIBEIRO GOMES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/04/2021  
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA  
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210033980

**Cidade:** Rio Branco

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ALCILENE RIBEIRO GOMES

**Data do acidente:** 11/11/2020

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/05/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM MÃO DIREITA E PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** 130320

@4

ESPECIALISTA, POR GENTILEZA, DEFINIR CONDUTA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031221/21

**Número do Sinistro:** 3210033980

**Vítima:** ALCILENE RIBEIRO GOMES

**CPF:** 775.510.952-68

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 11/11/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ALCILENE RIBEIRO GOMES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Outros

**ALCILENE RIBEIRO GOMES : 775.510.952-68**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 30/03/2021

Nome: ALCILENE RIBEIRO GOMES

CPF: 775.510.952-68

ALCILENE RIBEIRO GOMES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2021

Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA