



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

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

Dados Básicos

Foro: Rio Branco
Processo: 07091121320218010001
Classe do Processo: Pedido de Diligências
Data/Hora: 20/04/2023 15:46:44

Partes

Solicitante: Seguradora Líder dos
Consórcios DPVAT S/A

Arquivos

Petição: 2838622_IMPUGNACAO_AO
_LAUDO_PERICIAL_01 - 1-
3.pdf
Anexo - Petição: 2838622_IMPUGNACAO_AO
_LAUDO_PERICIAL_Anexo_
02 - 1-34.pdf



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07091121320218010001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALCILENE RIBEIRO GOMES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.788,75 (UM MIL E SETECENTOS E OITENTA E OITO REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 17 de abril de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/AC 3988

DIEGO PAULI
OAB/AC 4550

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:

Relatório da análise médica presencial Líder	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:

Relatório da análise médica presencial Líder	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:

Relatório da análise médica presencial Líder	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.

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
Total			13,25 %	R\$ 1.788,75

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) (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 - Impugnada Original Cópia Autenticada Protestada
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
Alcilene Ribeiro Gomes
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



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 transito9moto-moto) fratura de 5to 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(5)por 45dias e 60 dias no tornozelo direito, sem complicações posteriores, sem complementação com fisioterapia pela demora do SUS. De alta medica 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 periciado 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)

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



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: Vol. 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)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco Santander
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
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) Divorçado 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
Alcilene Ribeiro Gomes
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco Santander
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
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
Alcilene Ribeiro Gomes
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
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
	TOTAL:				143,51	0,00		0,00	52,60	0,57	2,62

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	APUR.	TRIM.	ANUAL	MÊS
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	CONS. FAT.	CONSUMO FATURADO	DEMANDA MÉDIA	ERE	DRE	ERE	DRE	CONS.	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										
Total	143,51	100,00										
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, 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>Débito Automático: Bradesco / Sicredi / Banco do Brasil / Itaú / Mercantil do Brasil / Santander / Bancoob (Sicoob) / Caixa Econômica Federal / Inter / Credicoamo</p>	<p>Agentes Credenciados: 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>Autoatendimento e Internet: 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





UTR. 08

BOLETIM DE ATENDIMENTO - SAMU

CHAMADO	Nº	[][][][][][][]					DATA	[][][][][][][]	HORA	[][] h [][] 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. Valdeci Soares Lopes - Km 11a Póvoa																				
EXAME PRIMÁRIO	VIAS AÉREAS		RESPIRAÇÃO		CIRCULATORIO		NEUROLÓGICO		EXPOSIÇÃO											
	<input type="checkbox"/> 28. OBTURADAS	<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 na anca, com fratura, deve ser tratado com imobilização, comparecer regulador médico e meados, ser atendido no Pronto Socorro de origem de categoria.

PROFISSIONAL QUE RECEBER O PACIENTE

Tel. Josele Landeira Cavalcanti

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 <small>(carimbo e assinatura)</small>	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'is fins.
- para a S^{ra} Ate. Lene Kisho
bonas necessita de auxi.
Lo de moleta, cadern
de renda para seu solt.
cont no: dificuldade de pa
Rio Branco/Acre de Ate. Gutierrez.*



8/11/12

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
 INSTITUTO NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

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
FERRERA 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 Gomes
 Governador
 Rio Branco - 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

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

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

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$3.65
DEMATRAN (R\$) R\$0.41
CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$4.05
CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15
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
64653065018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - AC Nº 015273100708
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
VIA 01 COD. RENAVAM 01116721977 EXERCÍCIO 2020
RPNTRC

PLACA ANTA/F 845.684.022-04
PLACA 01Y0501
CI/CLASS 9C2KC2500HR021065
COMBUSTIVEL GASOLINA

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLICA
MARCA/MODELO HONDA/CG 160 START
ANO FAB 2016
ANO MOD 2017

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

COTA ÚNICA 1º PAGO*
VENC. COTA ÚNICA **
FABA/PVA 2º PARCELAMENTO/COTAS ***
FABO 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

SEM RESERVA DE DOMINIA *
REN. TRIBUTARIO

LOCAL RIO BRANCO-AC
DATA 28/09/2020
Assinatura: Luiz Fernando Duarte Mada
Presidente do DETRAN/AC

DETRAN

DETRAN

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 Neto
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 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 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 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 Galvão, 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) 99998-3322
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 INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPOANÇA (destinado para as seguintes opções): Bradesco (207) Itaú (541) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (destino ao banco) Nome do BANCO: Banco Santander
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 1556 CONTA: 01014446 9

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 6.394/74), 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 (ou Viúva) Divorciado Separado Legalmente Viúva 24 - Declaro, sob as penas da Lei, que sou o único beneficiário.
25 - Se a vítima deixou com a vítima: Sim Não 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 nascido(a) criança? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 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 legal de quem assina o pedido (a rogo): _____
36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): _____
38 - 38 | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 39 | 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

📞 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 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
Total			0 %	R\$ 0,00

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 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