

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: TAILINE MOREIRA ROQUE

Nº Sinistro: 3180397462
Vitima: TAILINE MOREIRA ROQUE
Data do Acidente: 11/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180397462**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13318485



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: TAILINE MOREIRA ROQUE

Nº Sinistro: 3180397462

Vitima: TAILINE MOREIRA ROQUE

Data do Acidente: 11/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180397462**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **11/01/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: TAILINE MOREIRA ROQUE

Nº Sinistro: 3180537789
Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE
Data do Acidente: 11/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180537789**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13596303



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180537789

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE

Data do Acidente: 11/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TAILINE MOREIRA ROQUE

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

Autorização de pagamento

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13598732



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180537789

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE

Data do Acidente: 11/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), TAILINE MOREIRA ROQUE

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, 18 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180537789

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE

Data do Acidente: 11/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TAILINE MOREIRA ROQUE

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\$ 675,00

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: TAILINE MOREIRA ROQUE

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 00000134966-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

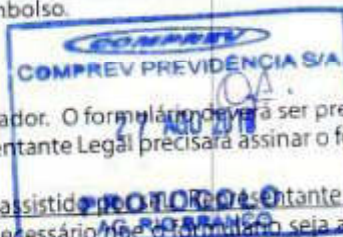
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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



Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 035.775.582-02 Nome completo da vítima: Tailine Moreira Roque

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>Tailine Moreira Roque</u>	CPF titular da conta	<u>035.775.582-02</u>	Profissão	<u>Autônoma</u>
Endereço	<u>Rmida Tege</u>	Número	<u>2404</u>	Complemento	<u>laxa</u>
Bairro	<u>Belo Jardim II</u>	Cidade	<u>Rio Branco</u>	Estado	<u>Acre</u>
Email		CEP	<u>69.908-022</u>	Telefone (DDD)	<u>(68) 3301-8871</u>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0534 D/V 03 CONTA NRO. 134966 D/V 5
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Rio Branco 22 de 1 Agosto de 2018
Local e Data

Tailine Moreira Roque
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

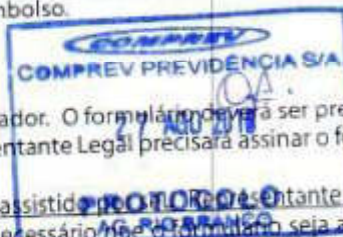
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

035.775.582-02

Nome completo da vítima

Tailine Moreira Roque

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Tailine Moreira Roque	035.775.582-02	Autônoma
Endereço	Número	Complemento
Rmida 749	2404	laxa
Bairro	Cidade	Estado
Belo Jardim II	Rio Branco	Acre
Email	CEP	Telefone (DDD)
	69.908-022	(68) 3301-8871

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0534 D/V 03 CONTA NRO. 134966 D/V 5
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome NRO.
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Rio Branco 22 de Agosto de 2018
Local e Data

Tailine Moreira Roque

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: CPF: Profissão: Endereço: Número: Complemento: Bairro: Cidade: Estado: CEP: E-mail: Tel. (DDD):

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

RENTA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0534 03 CONTA: 334966 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

**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: 3180537789

Nome do(a) Examinado(a): TAILINE MOREIRA ROQUE

Endereço do(a) Examinado(a): Ramal da Zezé, , Rio Branco/AC

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / Não Informado

Data e local do acidente: 11/01/2018 - Rio Branco/AC

Data e local do exame: 05/11/2020 - 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.

Lesão cortante do Halux direito(dorso).

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

Foi submetida a tratamento cirúrgico (sutura) da ferida no Halux direito(dorso).De alta medica sem documento comprobatório.

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

Ao exame físico do 1º dedo do pé direito apresenta sem amputação, marcha normal, agachamento normal, com encurtamento, flexão alterada, extensão alterada. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o pé.

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO HALUX DIREITO DE GRAU MEDIO (50%)

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 sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Pé Direito - Médio - 50%

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

Paciente com parestesia e limitação funcional severa, possível lesão de nervo e tendão no Halux direito.

Dr. Euzébio Soares Pinheiro
CRM-AC 3148



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 020940/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/07/2018 13:03 Data/Hora Fim: 16/07/2018 13:13
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Bárbara

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Central de Flagrantes
Data/Hora do Fato: 11/01/2018 15:30

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: trav. guapore
Complemento: em frente a OK

Bairro: Cerâmica

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: TAILINE MOREIRA ROQUE (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade AC - Rio Branco Sexo: Feminino Nasc: 20/12/1996
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria de Lourdes Moreira Nome do Pai: José Ferreira Roque

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1207071-8
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 035 775 582-02

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RAMAL DA ZEZE
Bairro: BELA JARDIM II
Telefone: (68) 99959-9512 (Celular)

Nº 2404



Nome Civil: CID NOBRE DA SILVA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 13/03/1986

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Nome Civil: ALDISNEI DA SILVA FRANÇA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 26/02/1993
Profissão: Auxiliar de Produção
Nome da Mãe: Marlucci da Silva Nome do Pai: Sebastião Pereira de França

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 014 951 252-03

Endereço

Município: Rio Branco - AC



Delegado de Polícia Civil: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Bárbara
Impresso por: Nilton Cesar Alves de Sousa
Data de Impressão: 16/07/2018 13:13
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020940/2018-A01

Logradouro: RAMAL DA ZEZE
Bairro: BELO JARDIM II

Nº: 2328

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAB5850	Número do Chassi 9C6KE122090022769
Ano/Modelo Fabricação 2008/2009	Cor PRETA
UF Veículo Acre	Município Veículo Rio Branco
Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR 125 K	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Aldisnei da Silva França	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Placa NAG5843	Número do Chassi *****04347
Ano/Modelo Fabricação 2016/2016	Cor Prata
UF Veículo Acre	Município Veículo Rio Branco
Marca/Modelo HONDA/CITY DX MT	Modelo HONDA/CITY DX MT
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Cid Nobre da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O Comunicante compareceu a esta DP juntamente com a VITIMA, para informar do acidente de trânsito ocorrido na data e hora acima, conforme BAT nr. 0173 apresentado nesta, e que o mesmo era o condutor da motocicleta e que a vítima passageiro/garupa, sofreu lesão corporal no Pé direito.

ASSINATURASNilton Cesar Alves de Sousa
Responsável pelo AtendimentoAldisnei da Silva França
(Comunicante)

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


Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara
Delegado(a) de Polícia

DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

0173

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA

05 MUNICÍPIO

04 UF

06 PROXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC.

08 HORA DA OCORRÊNCIA

07 ZONA RURAL / URBANA

08 DATA

09 DIA DA SEMANA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

11 TIPO DE PAVIMENTO

12 CONDIÇÕES DA VIA

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

14 N° DE VEÍCULOS

ATROPELAMENTO

COLISÃO

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

CHOQUE COM OBJETO FIXO

OUTRA (ESPECIFICAR)

ASFALTO

CONCRETO

PARALELEPÍEDO

CASCALHO

TERRA

AREIA

1

3

5

7

9

2

SECA

MOLHADO

OLEOSA

ENLAMEADA

DANIFICADA

OBRAS

1

3

5

7

9

2

BOM

CHUVA

NEBLINA

GARÇA

1

3

5

7

02

01

SEM VITIMAS

COM VITIMAS

01

01

16 NOME CONDUTOR

17 SEXO

18 NASCIMENTO

19 ENDEREÇO

20 1ª HABILITAÇÃO

21 CATEGORIA

22 PRONTUÁRIO

23 UF

24 EX. MÉDICO EM DIA

25 USAVA CINTO

26 USAVA CAPACETE

27 MARCA

28 ESPÉCIE

29 PLACA

30 MUNICÍPIO

31 UF

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

35 COMPARECEU NO POSTO

36 AVÁRIAS

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

40 AÇÃO DO CONDUTOR

42 NOME CONDUTOR

43 ENDEREÇO

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

50 EX. MÉDICO EM DIA

51 USAVA CINTO

52 USAVA CAPACETE

53 MARCA

54 ESPÉCIE

55 PLACA

56 MUNICÍPIO

57 UF

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

61 COMPARECEU NO POSTO

62 AVÁRIAS

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

68 NOME

71 ENDEREÇO

75 NOME

78 ENDEREÇO

69 SEXO

70 NASCIMENTO

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

76 SEXO

77 NASCIMENTO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 16/11/18

Alessandra Souza da Silva
Técnico Administrativo
Coord. de Engenharia de Trânsito
DETRANAC

82 NOME Tailine Morrison Roque		83 SEXO M ☐ F ☒		84 NASCIMENTO 2000/09/06	
85 ENDEREÇO Rua da Zeca 2324		86 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☒ FATAIS ☐		87 VIAJAVO NO VEICULO Nº 2	
88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUCTOR ☐ 1 PASSAG ☒ 3 PEDESTRE ☐ 5		89 CONDUZIDA PARA PRONTO-SOARES		85 USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☒ 2	
91 NOME		92 SEXO M ☐ F ☐		93 NASCIMENTO	
94 ENDEREÇO		95 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐		96 VIAJAVO NO VEICULO Nº ☐	
98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUCTOR ☐ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5		99 CONDUZIDA PARA		97 USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☒ 2	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: **26/10/18**

Alexandre Souza da Silva
Técnico Administrativo
Coord. de Engenharia de Trânsito
DETRAN/AC

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
27-AGO-2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informamos que a Polícia Militar foi acionada e realizou os procedimentos. Que houve acordo entre as partes e que cada condutor assumiu seus danos. Original contra assinatura do cond. 2 pois antes do término do BAF o mesmo acompanhava a vítima ao Arco P.S.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA ✓1	103 MOTORISTA ✓2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO Batista
105 NOME	106 NOME	107 NOME / RG Batista Neto 3896
108 ASSINATURA <i>[Assinatura]</i>	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA <i>[Assinatura]</i>
111 LOCAL Rio Branco - Acre	112 DATA 11/10/18	



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 020940/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/07/2018 13:03 Data/Hora Fim: 16/07/2018 13:13
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Bárbara

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Central de Flagrantes
Data/Hora do Fato: 11/01/2018 15:30

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: trav. guapore
Complemento: em frente a OK

Bairro: Cerâmica

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: TAILINE MOREIRA ROQUE (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade AC - Rio Branco Sexo: Feminino Nasc: 20/12/1996
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria de Lourdes Moreira Nome do Pai: José Ferreira Roque

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1207071-8
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 035 775 582-02

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RAMAL DA ZEZE
Bairro: BELA JARDIM II
Telefone: (68) 99959-9512 (Celular)

Nº 2404



Nome Civil: CID NOBRE DA SILVA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 13/03/1986

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Nome Civil: ALDISNEI DA SILVA FRANÇA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 26/02/1993
Profissão: Auxiliar de Produção
Nome da Mãe: Marlucci da Silva Nome do Pai: Sebastião Pereira de França

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 014 951 252-03

Endereço

Município: Rio Branco - AC



Delegado de Polícia Civil: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Bárbara
Impresso por: Nilton Cesar Alves de Sousa
Data de Impressão: 16/07/2018 13:13
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020940/2018-A01

Logradouro: RAMAL DA ZEZE
Bairro: BELO JARDIM II

Nº: 2328

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAB5850	Número do Chassi 9C6KE122090022769
Ano/Modelo Fabricação 2008/2009	Cor PRETA
UF Veículo Acre	Município Veículo Rio Branco
Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR 125 K	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Aldisnei da Silva França	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Placa NAG5843	Número do Chassi *****04347
Ano/Modelo Fabricação 2016/2016	Cor Prata
UF Veículo Acre	Município Veículo Rio Branco
Marca/Modelo HONDA/CITY DX MT	Modelo HONDA/CITY DX MT
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Cid Nobre da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O Comunicante compareceu a esta DP juntamente com a VITIMA, para informar do acidente de trânsito ocorrido na data e hora acima, conforme BAT nr. 0173 apresentado nesta, e que o mesmo era o condutor da motocicleta e que a vítima passageiro/garupa, sofreu lesão corporal no Pé direito.

ASSINATURASNilton Cesar Alves de Sousa
Responsável pelo AtendimentoAldisnei da Silva França
(Comunicante)

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


Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara
Delegado(a) de Polícia

DETRAN
ACRE

Povo
do Acre



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

0173

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA

05 MUNICÍPIO

04 UF

06 PROXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC.

08 HORA DA OCORRÊNCIA

07 ZONA RURAL / URBANA

08 DATA

09 DIA DA SEMANA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

11 TIPO DE PAVIMENTO

12 CONDIÇÕES DA VIA

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

14 N° DE VEÍCULOS

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

ASFALTO

☒ 1

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPÍEDO

☐ 5

CASCALHO

☐ 7

TERRA

☐ 9

AREIA

☐ 2

SECA

☒ 1

MOLHADO

☐ 3

OLEOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

DANIFICADA

☐ 9

OBRAS

☐ 2

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GARÇA

☐ 7

15 N° DE VÍTIMAS

01

SEM VÍTIMAS ☐
COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

17 SEXO

18 NASCIMENTO

19 ENDEREÇO

20 1ª HABILITAÇÃO

21 CATEGORIA

22 PRONTUÁRIO

23 UF

24 EX. MÉDICO EM DIA

25 USAVA CINTO

26 USAVA CAPACETE

27 MARCA

28 ESPÉCIE

29 PLACA

30 MUNICÍPIO

31 UF

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

35 COMPARECEU NO POSTO

36 AVÁRIAS

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

40 AÇÃO DO CONDUTOR

42 NOME CONDUTOR

43 ENDEREÇO

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

50 EX. MÉDICO EM DIA

51 USAVA CINTO

52 USAVA CAPACETE

53 MARCA

54 ESPÉCIE

55 PLACA

56 MUNICÍPIO

57 UF

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

61 COMPARECEU NO POSTO

62 AVÁRIAS

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

68 NOME

71 ENDEREÇO

75 NOME

78 ENDEREÇO

69 SEXO

70 NASCIMENTO

72 IDENTIDADE

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

76 SEXO

77 NASCIMENTO

79 IDENTIDADE

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS

Alessandra Souza da Silva
Técnico Administrativo
Coord. de Engenharia de Trânsito
DETRANAC

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 16/11/18



82 NOME Thaine Morgan Roque		83 SEXO M ☐ F ☒		84 NASCIMENTO 2000/09/06	
85 ENDEREÇO Rua da Zeca 2324		86 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☒ FATAIS ☐		87 VIAJAVO NO VEICULO Nº 2	
88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUCTOR ☐ 1 PASSAG ☒ 3 PEDESTRE ☐ 5		89 CONDUZIDA PARA Pronto-socorro		85 USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☒ 2	
91 NOME		92 SEXO M ☐ F ☐		93 NASCIMENTO	
94 ENDEREÇO		95 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐		96 VIAJAVO NO VEICULO Nº ☐	
98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUCTOR ☐ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5		99 CONDUZIDA PARA		97 USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☒ 2	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: **26/10/18**

Alexandre Souza da Silva
Técnico Administrativo
Coord. de Engenharia de Trânsito
DETRAN/AC

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
27-AGO-2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informamos que a Polícia Militar foi acionada e realizou os procedimentos. Que houve acordo entre as partes e que cada condutor assumiu seus danos. Original contra assinatura do cond. 2 pois antes do término do BAF o mesmo acompanhava a vítima ao Arco P.S.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA ✓1	103 MOTORISTA ✓2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO Barros
105 NOME	106 NOME	107 NOME / RG Barros Nery 3896
108 ASSINATURA <i>[Assinatura]</i>	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA <i>[Assinatura]</i>
111 LOCAL Rio Branco - Acre	112 DATA 11/10/18	

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

Gaileine Mourina Roque

035.775.582-02

13/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

CPF do Representante legal

Email

27 AGO 2018

Telefone (DDD)

(68)3301-8871

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Rio Branco 22 de Agosto de 2018

Local e Data

Gaileine Mourina Roque

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Gaileine Morais Roque CPF da Vítima: 035.775.582-02 Data do Acidente: 13/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: COMPREV PREVIDÊNCIA S/A CPF do Representante legal: 6813301-8871
Email: 27 AGO 2018 Telefone (DDD): 6813301-8871

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Rio Branco 22 de Agosto de 2018
Local e Data

Gaileine Morais Roque

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 09/07/2018 Hora emissão: 15:18 Operador:
Nº da Ocorrência 1801110069	Qtd. Vítimas 1	Dt/Hr Início: 11/01/2018 15:39 Dt/Hr Término: 11/01/2018 16:58	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante:
End.: EST DO AVIÁRIO 2/1128
Bairro: AVIÁRIO
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: PROX A OK MAGAZINE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
 Telefone do Solicitante: (68) 981227522
 Queixa: CARRO MOTO 2



Origem da Ligação: DOMICÍLIO

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: TALINE MOREIRA ROQUE	Idade: 21 ANO(s)	Sexo: FEMININO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:26
	Avaliação: PCT LOTE G-15 COM LACERAÇÃO EM REGIÃO SUPERIOR DO PÉ COM LESÕES E PELE E TENDÕES PA-120/60 SPO2-99% FC-98 BPM FR-20 MMH	
Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:41
	Avaliação: SOLICITANTE INFORMA QUE PCT ESTÁ COM UM FERIMENTO NO MMII E NÃO SOUBE PRECISAR SE APRESENTA FRATURA, ALÉM DE FCC COM SANGRAMENTO ATIVO	

AValiação ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:26	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:26	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIJO - HUERB		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:26	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		
Vítima	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:26	Situação: F

Decisão: ENVIO DE VEÍCULO

Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO

Data/Hora: 11/01/2018 16:26

Situação: F

Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA

Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO

Data/Hora: 11/01/2018 16:26

Situação: F

Intercorrência:

Observação:

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 07 RB0	Data/Hora Envio Equipe: 11/01/2018 15:46
	Dt./Hr. Saída Base: 11/01/2018 15:46	Dt./Hr. Chegada Local: 11/01/2018 15:56
	Dt./Hr. Saída Local: 11/01/2018 16:01	Dt./Hr. Chegada Destino: 11/01/2018 16:19
	Dt./Hr. Saída Destino: 11/01/2018 16:19	Dt./Hr. Chegada Base:

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuada pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	11/01/2018 15:39		SULY MICHERLANE NASCIMENTO
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	11/01/2018 15:39	SULY MICHERLANE NASCIMENTO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	11/01/2018 15:41	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	11/01/2018 15:52	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	11/01/2018 16:10	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	11/01/2018 16:26	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA



SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 09/07/2018 Hora emissão: 15:18 Operador:
Nº da Ocorrência 1801110069	Qtd. Vítimas 1	Dt/Hr Início: 11/01/2018 15:39 Dt/Hr Término: 11/01/2018 16:58	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante:
End.: EST DO AVIÁRIO 2/1128
Bairro: AVIÁRIO
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: PROX A OK MAGAZINE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
 Telefone do Solicitante: (68) 981227522
 Queixa: CARRO MOTO 2



Origem da Ligação: DOMICÍLIO

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: TALINE MOREIRA ROQUE	Idade: 21 ANO(s)	Sexo: FEMININO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:26
	Avaliação: PCT LOTE G-15 COM LACERAÇÃO EM REGIÃO SUPERIOR DO PÉ COM LESÕES E PELE E TENDÕES PA-120/60 SPO2-99% FC-98 BPM FR-20 MMH	
Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:41
	Avaliação: SOLICITANTE INFORMA QUE PCT ESTÁ COM UM FERIMENTO NO MMII E NÃO SOUBE PRECISAR SE APRESENTA FRATURA, ALÉM DE FCC COM SANGRAMENTO ATIVO	

AValiação ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:26	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:26	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIJO - HUERB		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:26	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		
Vítima	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:26	Situação: F

Decisão: ENVIO DE VEÍCULO

Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO

Data/Hora: 11/01/2018 16:26

Situação: F

Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA

Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO

Data/Hora: 11/01/2018 16:26

Situação: F

Intercorrência:

Observação:

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 07 RB0	Data/Hora Envio Equipe: 11/01/2018 15:46
	Dt./Hr. Saída Base: 11/01/2018 15:46	Dt./Hr. Chegada Local: 11/01/2018 15:56
	Dt./Hr. Saída Local: 11/01/2018 16:01	Dt./Hr. Chegada Destino: 11/01/2018 16:19
	Dt./Hr. Saída Destino: 11/01/2018 16:19	Dt./Hr. Chegada Base:

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuada pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	11/01/2018 15:39		SULY MICHERLANE NASCIMENTO
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	11/01/2018 15:39	SULY MICHERLANE NASCIMENTO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	11/01/2018 15:41	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	11/01/2018 15:52	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	11/01/2018 16:10	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	11/01/2018 16:26	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

11/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

318053778902

VALOR TOTAL:

675,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TAILINE MOREIRA ROQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000134966

Número da Autenticação

B73859585BAF7393

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	04/12/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:	318053778901
VALOR TOTAL:	337,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TAILINE MOREIRA ROQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000134966

Número da Autenticação

64EB287A4F2394CF

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Tailine Moreira Roque,

RG nº 1207071-8, data de expedição 25/11/16, Órgão SSP/AC,

CPF nº 035.775.582-03 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rm. da Férze</u>
Número	<u>2404</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Belo Jardim II</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.908-022</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3301-8871 / 99939-5644</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 22/08/2018

Assinatura do Declarante: Tailine Moreira Roque





Para contato com o
Eletrobras informe
este número

SEU CÓDIGO

0381135-2

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S/A
Rua Valente Almeida 218 - Est. 1 - Rio Branco - AC
Cep: 69.001-338 Fone: (16) 3441-1111
Fax: (16) 3441-1111 E-mail: atendimento@eletrobras.com.br

NT da Nota Fiscal: 001879580

A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida em 15 dias úteis
após a data de consumo de energia.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	07/08/2018	226	180,84

SEBASTIAO PEREIRA DE FRANCA
RM DA ZEZE 00 BELO JARDIM II
CPF: 00019609930204
CEP: 69.908-022 - RIO BRANCO

ROT: 38.001.38.03.000080

CONTA DE ENERGIA	Valor	DATA DA EMISSÃO
Consumo	727	27/07/2018
Atenuação	501	27/06/2018
Consumo de Energia Elétrica	1,000	25/08/2018
Consumo de Energia Elétrica	226	24/07/2018
Consumo de Energia Elétrica	226	27/07/2018

Forma de Pagamento: NORMAL Código de Integridade: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Categoria	Tipologia	Número Medidor	Medida	Medida C1 medido
RESIDENCIAL	MONO	MON17114693	1.1.1.1	250

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
JUN/18 218	CONSUMO 226 A R\$ 0,766606 = 173,25
MAI/18 283	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,59
ABR/18 0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 11,78
MAR/18 0	
FEV/18 0	
JAN/18 0	
DEZ/17 0	
NOV/17 0	
OUT/17 0	
SET/17 0	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0,4226 - 0,000000	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
05/2018 209,55

***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS *****
Informamos que existem débitos vencidos no valor de R\$
*****209,55 (sem acréscimos legais) até esta data. Caso o(s)
debitado(s) não tenham sido pagos, procurem uma loja de
atendimento da Eletrobras Distribuição do Acre com o(s) com
prováveis de pagamento.

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

RECEBADO AO FISCO

37AB 38C8 BC80 6306 90FF D4FC 30D0 D64F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Consumo	56,97	Imposto de Renda	173,25
Atenuação	45,43	Imposto de Renda	25,00%
Proteção	1,51	Imposto de Renda	43,31
Energia	22,65	Imposto de Renda	0,60
Taxas	46,69	Imposto de Renda	2,78

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIE			FIE			DMIE		DMFI
	Menor	Diminuído	Anual	Menor	Diminuído	Anual	Menor	Anual	
Limite	6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71		
Superior	0,00			0,00			0,00		
Consumo									
SAO FRANCISCO						Período anterior	05/2018	90,61	



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Keila da Silva Araújo,

RG nº 951675, data de expedição 24/06/16, Órgão SSP/RO

CPF nº 906.421.472-72 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Nações Unidas</u>
Número	<u>739</u>
Apto / Complemento	<u>Box 03</u>
Bairro	<u>Boque</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.900-463</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3301-8871 / 99919-5644</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 22/08/2018

Assinatura do Declarante: Keila da S. Araújo



001871001

ROT: 4 201 34 03 002192

MESSAGGERI IMPORTANTI: AVVISO DI VINCIMENTO

***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS *****
Informamos que seu(s) debito(s) vencido(s) no valor de R\$
*****154,30 sem acrescimos legais ate esta data. Caso o(s)
debito(s) ja tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de
atendimento de Eletronics Distribuicao do Acre com o(s) con-
veniente(s) de pagamento.

LIGUE 0800 647 7196 | FACA O PCAO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

6089, FD4B, 0FFA, 22EC, C18D, CED0, 59C2, 9F1E

INDICADORES - CONTINUAÇÃO								
	2017			2018			2019	
	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Valor
6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71		
0,00			0,00			0,00		
SAO FRANCISCO							05/2018	81,6

LOT: 4.001.04.03.002 L90

丁巳年九月廿五日

107 CC

VINCI (M&O)

13/08/2018

[illegible]

83640000001 1 87560045000 4 00000000394 7 14180718008 0



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Tailine Moreira Roque,

RG nº 1207071-8, data de expedição 25/11/16, Órgão SSP/AC,

CPF nº 035.775.582-03 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rm. da Férze</u>
Número	<u>2404</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Belo Jardim II</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.908-022</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3301-8871 / 99939-5644</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 22/08/2018

Assinatura do Declarante: Tailine Moreira Roque





Para contato com o
Eletrobras informe
este número

SEU CÓDIGO

0381135-2

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S/A
Rua Valente Almeida 218 - ESSELA - Rio Branco - AC
CNPJ: 00019609930204
Endereço: Rua Valente Almeida 218 - ESSELA - Rio Branco - AC

NT da Nota Fiscal: 001879580

A Nota Fiscal de Energia Elétrica nº 18879580
está em nº 001879580 de 25 de julho de 2018.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	07/08/2018	226	180,84

SEBASTIAO PEREIRA DE FRANCA
RM DA ZEZE 00 BELO JARDIM II
CPF: 00019609930204
CEP: 69.908-022 - RIO BRANCO

ROT: 38.001.38.03.000080

CONTA DE CREDITO	VALOR	DATA DA EMISSÃO
Conta de CREDITO	727	27/07/2018
Conta de CREDITO	501	27/06/2018
Conta de CREDITO	1,000	25/08/2018
Conta de CREDITO	226	24/07/2018
Conta de CREDITO	226	27/07/2018

Forma de Pagamento: NORMAL Código de Integridade: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Categoria	Tipologia	Número Medidor	Modelo	Medida (kWh)
RESIDENCIAL	MONO	MON17114693	1.1.1.1	250

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
JUN/18 218	CONSUMO 226 A R\$ 0,766606 = 173,25
MAI/18 283	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,59
ABR/18 0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 11,28
MAR/18 0	
FEV/18 0	
JAN/18 0	
DEZ/17 0	
NOV/17 0	
OUT/17 0	
SET/17 0	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0,4226 - 0,000000	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
05/2018 209,55

***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS *****
Informamos que há um débito em vencido no valor de R\$ 209,55 (sem acréscimos legais) até esta data. Caso o(a) devedor(a) não tenha pago, por favor, procurar uma loja de atendimento da Eletrobras Distribuição do Acre com o(a) comprovante de pagamento.

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

RECEBADO AO FISCO

37AB 38C8 BC80 6306 90FF D4FC 30D0 D64F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Consumo	56,97	Imposto de Renda	173,25
Aluguel	45,43	Imposto de Renda	25,00%
Proteção	1,51	Imposto de Renda	43,31
Imposto	22,65	Imposto de Renda	0,60
Taxa	46,69	Imposto de Renda	2,78

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DIE				DIE			
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71
Exatidão	0,00			0,00			0,00
Qualidade							
SAO FRANCISCO				05/2018 90,61			



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Keila da Silva Araújo,

RG nº 951675, data de expedição 24/06/16, Órgão SSP/RO

CPF nº 906.421.472-72 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Nações Unidas</u>
Número	<u>739</u>
Apto / Complemento	<u>Box 03</u>
Bairro	<u>Boque</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.900-463</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3301-8871 / 99919-5644</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 22/08/2018

Assinatura do Declarante: Keila da S. Araújo



001871031

001871001

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (L/M)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	11/08/2018	226	187,66

KELIS REGINA BEZERRA MESQUITA DA ROCHA
AV. NACOES UNIDAS, 719 BOX 09 BOSQUE
CPF: 00056333196215
CEP: 69.900-463 - 8

ROT: 4 201 24 03 002100

DADOS DA LETRADA		DATA DA LETRADA	
Idade	3805	Idade	25/07/2018
Idade em dias	3579	Idade em dias	27/06/2018
Idade em dias (completo)	1.000	Idade em dias (completo)	22/08/2018
Idade em dias (completo)	226	Idade em dias (completo)	24/07/2018
Idade em dias (completo)	226	Idade em dias (completo)	25/07/2018

Forma de Pagamento	NORMAL	Exigência de Imagem	Diário de Consumo	28
--------------------	--------	---------------------	-------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class. Subclasse	Ligação	Nome do Resistor	Potência	Grupos de	Voltagem
COMERCIAL	BT	BT16205233		3.6.1.2	246

HISTÓRICO-EVN		DESCRIÇÃO DA CONTA	
JUN/18	191	CON-LIMO 226 A R\$ 0,766606 =	173,25
MAI/18	255	CON'R. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	7,59
ABR/18	293	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00	0,73
MAR/18	278	MULTA POR ATRASO 05/18-00	4,81
FEV/18	171	JURIS DE MORA DE IMPO 05/18-00	1,28
JAN/18	90	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 11,28	
DEZ/17	319		
NOV/17	231		
OUT/17	267		
SET/17	312		
TOTAL DO TRIÊNIO:			
R\$ 226 - 0,559538			

MESSAGGERI IMPORTANTI: AVVISO DI VINCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS	
Mes/Ano	Valor R\$
06/2018	154.30

***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS *****
Informamos que o(s) debito(s) vencido(s) no valor de R\$
*****154,30 (sem acréscimos legais) ate esta data, tendo o(s)
debito(s) ja tido(m) sido(m) rescisado(s), procurar uma loja de
atendimento de Eletrodomésticos Distribuidor da Acelis com o(s) con-
veniente(s) de pagamento.

LIGUE 0800 647 7196 | FACA O PCAO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

6089 FD4B 0FF4 22EC C18D CED0 59C2 9F1E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Aluguel	56,97	Imposto de Renda	173,25
Energia	45,41	Imposto ICMS	25,00%
Transportes	1,51	Imposto IDIC	43,31
Exercícios	22,61	Imposto IPI	0,60
Tributos	46,81	Imposto GFT	2,78

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	FIC	DMIC	DCB
Import	Transmision	Export	Manual
6,27	12,54	25,08	3,92
7,85	15,70	3,71	
0,00	0,00	0,00	
SAO FRANCISCO			05/2018
			81,65

DOT: 4.001.04.03.002190

“中国”与“世界”的辩证关系——兼论

Eletrobras
Distribuição Acre

0394141-8

WEB PAPER

VENT(MEN)TO

07/2018

13/08/2018

Estimada Angela Placido

001871001 FCAM

83640000001 1 87560045000 4 00000000394 7 14180718008 0



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
RUA YAMATO SAKAGUCHI, 226 - BARRAGEM - RIO BRANCO - AC
CNPJ 04.248.023/0001-70 (Insc. Estadual 01.004.141.000-48)
Insc. Rural / Conta de Energia Elétrica - Sem Unico

Nº da Nota Fiscal 002736694

Tarifa 209 da Energia Elétrica - TSEE Normal
Substância 12,478 de 01 de Abril de 2002

CONTA/MES	VENCIMENTO	CONSUMO (UNID.)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2018	07/11/2018	209	173,18

SEBASTIAO PEREIRA DE FRANCA
RM DA ZEZE 00 BELO JARDIM II
CPF: 00019609930204
CEP: 69.908-022 - RIO BRANCO

ROT: 38.001.38.03.000080

DADOS DE LEITURA		DATA DA LEITURA	
Atual	1345	Atual	29/10/2018
Anterior	1136	Anterior	28/09/2018
Consumo de Manutenção	1,000	Próxima Leitura	25/11/2018
Consumo Medido	209	Emissão	24/10/2018
Consumo Teórico	209	Assinatura	29/10/2018

Forma de Pagamento: NORMAL

Código de Irregularidade:

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Nome/Endereço	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.
RESIDENCIAL	MONO	MON17114693		1.1.1.1

HISTÓRICO DE CONSUMO		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mes/Ano	Consumo		
SET/18	206	CONSUMO	209 A R\$ 0,781588 = 163,35
AGO/18	203	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	7,02
JUL/18	226	2A. VIA PEDIDO CONSUM 05/18-00	2,81
JUN/18	218	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 10,43	
MAI/18	283		
ABR/18	0		
MAR/18	0		
FEV/18	0		
JAN/18	0		
DEZ/17	0		

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
05/2018 209,55

***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS *****
Informamos que o valor de 209,55 (duzentos e nove reais e cinquenta centavos) referente ao mês de maio de 2018, não foi pago até a data desta notificação. Caso o(s) devedor(es) não tenha(m) sido pago(s), devemos uma cópia de atestado de quitação da Eletrobras Distribuição do Acre com o(s) comprovante(s) de pagamento.

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

REMOÇÃO AO FISCO: BBC0.70F1.8FCE.566F.11CA.3D8F.4D04.9E1C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS E TAXAS - R\$	
Contribuição	52,68	Base de Cálculo	163,35
Energia	42,01	Alíquota ICMS	25,00%
Transmissão	1,40	Valor do ICMS	40,83
Encargos	20,95	Valor do PIS	0,98
Tributos	46,31	Valor do COFINS	4,50

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC			FSC		DNIC	
	Trimestral	Anual	Menor	Trimestral	Anual	Menor	Menor
Consumo	6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71
Resíduos	8,77			5,00			2,72

Cidade: SAO FRANCISCO

Período de validade: 08/2018

EUSD: 65,00



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Veira da Silva Araújo inscrito (a) no CPF 906.421.472 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tailine Moreira Roque inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.775.582 / 02 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Tailine Moreira Roque inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.775.582 / 02 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recebeu - R Renda: Recebeu - R e apresento os documentos comprobatórios:

Recebeu - R

☒ Recuso informar

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

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



Endereço <u>Av. Nações Unidas</u>		Número <u>719</u>	Complemento <u>Box 03</u>
Bairro <u>Boque</u>	Cidade <u>Rio Branco</u>	Estado <u>Acre</u>	CEP <u>69.900-463</u>
Email		Telefone comercial (DDD) <u>(68) 3301-8873</u>	Telefone celular (DDD) <u>(68) 99919-5644</u>

Rio Branco 22 de Agosto de 2018
Local e Data

[Assinatura]

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Veira da Silva Araújo inscrito (a) no CPF 906.421.472 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tailine Moreira Roque inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.775.582 / 02 do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Tailine Moreira Roque inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.775.582 / 02 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recebeu - R Renda: Recebeu - R e apresento os documentos comprobatórios:

Recebeu - R

☒ Recuso informar

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

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



Endereço <u>Av. Nações Unidas</u>		Número <u>719</u>	Complemento <u>Box 03</u>
Bairro <u>Boque</u>	Cidade <u>Rio Branco</u>	Estado <u>Acre</u>	CEP <u>69.900-463</u>
Email		Telefone comercial (DDD) <u>(68) 3301-8873</u>	Telefone celular (DDD) <u>(68) 99919-5644</u>

Rio Branco 22 de Agosto de 2018
Local e Data

[Assinatura]

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Aldisnei da Silva Franca,
RG nº 10935746, data de expedição 08/01/2018
Órgão SSP/AC, portador do CPF nº 034.951.252-03, com
domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rm. da Luz, Belo Jardim II, nº 2404
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Tulione Mexia Roque cujo o condutor era
Aldisnei da Silva Franca

Veículo: motocicleta
Modelo: Yamaha/Factor YBR K
Ano: 2008/2009
Placa: NAB 5850
Chassi: 9C6KE122090022769
Data do Acidente: 11/01/2018
Local e Data: Rio Branco 17/08/2018

Aldisnei da Silva Franca  2º Tabelionato
de Rio Branco - AC
Assinatura do Declarante

Aldisnei da Silva Franca
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º Tabelionato de Notas & 2º Registro Civil - Rio Branco/AC
Tabelão Registrador Intermunicipal: Southern Cities Notes Ltd. 1 Via Chico Mendes, 1437, Vila do DNER
CEP: 69.906-190. Telefone: (68) 3221-3992 - e-mail: segundotabelionariob@gmail.com

Reconheço por verdadeira a assinatura indicada de **ALDISNEI DA SILVA FRANCA**
lançada na minha presença. Des. Fe. Rio Branco - AC, 17 de agosto de 2018. Emol.: R\$
7,81; F. Comp.: R\$0,16; E. Fisc.: R\$0,32. Total: R\$8,30.

Em test. da verdade.
Pablo Antonio Silva de Almeida - Escrevente Autorizado
Selo: AC063856-01. Código: 68D7-49DC-BF5D 8DB8
Cada a autent. cidade do selo em: www.seloncre.com.br



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Aldisnei da Silva Franca,
RG nº 10935746, data de expedição 08/01/2018
Órgão SSP/AC, portador do CPF nº 034.951.252-03, com
domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rm. da Luz, Belo Jardim II, nº 2404
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Tulline Mexia Roque cujo o condutor era
Aldisnei da Silva Franca

Veículo: motocicleta
Modelo: Yamaha/Factor YBR K
Ano: 2008/2009
Placa: NAB 5850
Chassi: 9C6KE122090022769
Data do Acidente: 11/01/2018
Local e Data: Rio Branco 17/08/2018

Aldisnei da Silva Franca  2º Tabelionato
de Rio Branco - AC
Assinatura do Declarante

Aldisnei da Silva Franca
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º Tabelionato de Notas & 2º Registro Civil - Rio Branco/AC
Tabelão Registrador Intermunicipal: Southern Office Notes Ltd. 1 Via Chico Mendes, 1437, Vila do DNER
CEP: 69.906-190. Telefone: (68) 3221-3992 - e-mail: segundotabelionariob@gmail.com

Reconheço por verdadeira a assinatura indicada de **ALDISNEI DA SILVA FRANCA**
lançada na minha presença. Des. Fe. Rio Branco - AC, 17 de agosto de 2018. Emol.: R\$
7,81; F. Comp.: R\$0,16; E. Fisc.: R\$0,32. Total: R\$8,30.

Em test. da verdade.
Pablo Antonio Silva de Almeida - Escrevente Autorizado
Selo: AC063856-01. Código: 68D7-49DC-BF5D 8DB8
Cadastrado na cidade do selo em: www.seloncre.com.br



UNISA EXTERNA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO
 No. DO BE: 2522868 DATA: 11/01/2018 HORA: 16:30 USUARIO: MARCIA DE LIMA
 CNS: 703403212560814 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
 NOME : TAILINE MOREIRA ROQUE
 IDADE: 21 ANOS NASC: 20/12/1996
 ENDereco: TRAVESSA JOAQUIM CHAVES
 COMPLEMENTO: VEIO COM SAMU BAIRRO: AVIARIO
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: 69900-000
 NOME PAI/MAE: JOSE FERREIRA ROQUE /MARIA DE LOURDES MOREIRA
 RESPONSVEL: ACOMP. ALDISNEY DA SILVA TEL: 99612-7827
 PROCEDENCIA: AVIARIO
 ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM
 TRAUMA: SIM

PA[130X80 mmHg] PULSO[85] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[100%]
 EXAM. COMPL. [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *politrauma devido a colisao no*
tranco com lesao no per. direito. Hemorragia
de linhas suturadas/contusao em gase medial do p, sem exposicao de cost.
laçoes em talux. Paciente não consegue realizar flexao de talux.
 OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

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

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

Dilatil - 40mg EV - 16:40

Cefalotina 1g EV - 16:40

Dilixona - 1g EV - 16:40

Dilatilogua - 10mg EV - 16:40

DATA DA SAIDA:

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

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA:

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

FAMILIA

ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSVEL

ASSINATURA DO MEDICO

COMPREV PREVIDENCIA S/A

27 AGO 2018

PROTOCOLO
 AG. RIO BRANCO

Dr. Omberto
Alto de emergência geral

fernanda
 Médica Residente
 Cirurgia Geral
 CRM/AC 2090

16:30. Deu entrada no SET. Conduzido em maca, procedente de via pública. Vítima de colisão carro x moto. Lucida orientado estava usando capacete, apresentando laceração em dorso do pé direito. P.A 130x80 mmHg, FC 85bpm, SpO2 100%.


Técnico de
COREN AC 48206

AV colorida

55105148

Lesões corporais de natos moles
em história

Seu lesões transmissa

Seu fotoma no radiografia

Conduto x Alto + ~~Exatidão~~
Emc. o nado obstetrical
o Clínica liníngua


Felipe Henrique de M. Lima
PRM Otorrinolaringologista e Imunopatologia
CRM/AC 2106

SAMR / HUERR
CÓPIA
CONFORME ORDEM



UNSA EXTERNA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO
 No. DO BE: 2522868 DATA: 11/01/2018 HORA: 16:30 USUARIO: MARCIA DE LIMA
 CNS: 703403212560814 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
 NOME : TAILINE MOREIRA ROQUE
 IDADE: 21 ANOS NASC: 20/12/1996
 ENDereco: TRAVESSA JOAQUIM CHAVES
 COMPLEMENTO: VEIO COM SAMU BAIRRO: AVIARIO
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: 69900-000
 NOME PAI/MAE: JOSE FERREIRA ROQUE /MARIA DE LOURDES MOREIRA
 RESPONSÁVEL: ACOMP. ALDISNEY DA SILVA TEL: 99612-7827
 PROCEDENCIA: AVIARIO
 ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM
 DOC.: N/T
 SEXO: FEMININO
 NUMERO: 2208
 TRAUMA: SIM

PA[130X80 mmHg] PULSO[85] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[100%]
 EXAM. COMPL. [] RAO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *politrauma devido a colisao no*
travessia com lesao no per. direito. Hemorragia
de linhas suturadas/contato em gaze medial do p. com supressão de coág.
laços em talus. Paciente não consegue realizar flexão de talus.
 OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

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

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

Paracetamol - 400mg EV - 16:40

Cefalotina 1g EV - 16:40

Dilatacao - 10mg EV - 16:40

Atalaxia - 10mg EV - 16:40

DATA DA SAIDA:

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

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA:

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

FAMILIA

ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

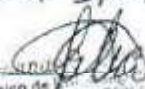
ASSINATURA DO MEDICO

An. Ombredo
Alto de emergência geral

Fernanda Falcão
 Médica Residente
 Cirurgia Geral
 CRM/AC 2090

COMPREV PREVIDENCIA S/A
 27 AGO 2018
 PROTOCOLO
 AG. RIO BRANCO

16:30. Deu entrada no SET. Conduzido em maca, procedente de via pública. Vítima de colisão carro x moto. Lucida orientado estava usando capacete, apresentando laceração em dorso do pé direito. P.A 130x80 mmHg, FC 85bpm, SpO2 100%.


Técnico de
COREN AC 48206

AV colorida

55105148

Lesões corporais de natos moles
em história

Seu lesões transmissa

Seu fotoma no radiografia

Conduto x Alto + ~~Exatidão~~
Emc. o nado obstetrua
o Clinica liníngua


Felipe Henrique de M. Lima
PRM O. Oculista e Oftalmologista
CRM/AC 2106

SAMR / HUERR
CÓPIA
CONFORME ORDEM



Dr. MARCELO PIMENTA

Ortopedia e Traumatologia

CRM 1.791-AC / TEOT 15.217



TAILINE MOREIRA ROQUE



LAUDO MÉDICO

ATESTO para os devidos fins que se fizerem necessários, junto ao DPVAT, que a paciente acima recebeu alta ambulatorial na data de hoje, em virtude de lesão complexa em pé direito, mais precisamente na região do hálux direito.

Ao exame físico: apresenta rigidez articular metatarso-falangeana, de maior intensidade na flexão plantar do hálux, estando restrito a aproximadamente uns 10º de flexão, além de parestesia na face medial e na lateral do hálux, isso de caráter permanente.

A paciente apresentou Boletim de Entrada do HUEB nº 2522868, datado de 11/01/2018, o qual relata que a mesma sofreu acidente moto x carro, no mesmo dia.

É o que tenho a relatar.

CID 10: S 91.3 / T 93.0

Rio Branco-AC, 09/11/2018.

Dr. Marcelo Pimenta
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1.791 - AC

PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo N°: 3280 53 77 89

Vítima: Taíline Moreira Roque

Natureza: INVALIDEZ

Prezados Senhores

Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez permanente acima mencionado, venho através deste, solicitar que o processo seja re-analisado em virtude de a indenização ter sido paga apenas o valor de 337,50 com a devida constatação de lesões e sequelas existentes.

Por este motivo, solicito que seja realizada perícia médica por parte da Seguradora Líder, em data a ser definida por V. Sas., tendo em vista que ao pagamento da indenização faz-se pouco provável em face das graduações estabelecidas pela tabela anexa a Lei 6.194/74, inclusa pela Lei 11.945/09, em comparação com as graves lesões decorrentes do acidente conforme documentação médica anexa, em que consta toda evolução e acompanhamento médico submetido.

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

(68) 99937-5923

Taíline Moreira Roque.

Rio Branco/AG 26 de Outubro de 20 20.



RECEITUÁRIO

PACIENTE:

Tailine Moura Roque

Lauda para DPVAT.

Cliente com relato de

Ter sido atropelada por um carro,
quando atravessava um rua moto,
no dia 11/01/2018, evoluindo com
lesão extensa no dorso do fêmur
direito. Hoje com limitação fun-
cional, paraflexia e dor. Hoje
com sequelas de 75% da função
no momento da consulta. Encomen-
da de Alta

CID: S91.
S91.3.

DATA: 26/06/2020

Mário Marcelo B. dos Santos
Ortopedia/Traumatologia
CRM/AC-10800

ASSINATURA DO MÉDICO

Tel. (68) 32234608 – Rua Alvorada nº 54 CEP 69900-000 Rio Branco – Acre.

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 29.033 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3452 de 02.05.1965 que criou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer atividade profissional.

Nesta carteira são registrados todos os dados do trabalhador, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como, para a concessão de aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contém neste documento a situação de conservação, suspensão, renúncia e qualificação em atividades profissionais do seu portador.

Devido sua importância, deve ser protegida e conservada, pois constitui o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, servindo para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes. Toda cidade, também, como instrumento de identificação.

EXEMPLO DE COMO DEVE SER PREENCHIDA A CARTÃO
NOME: JOSE CARLOS DE SOUZA
CPF: 123.456.789-01

VISTE O PORTAL ATE: WWW.AITE.GOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PRESENT
166.43727.34-1

2497881

0050

AC

Tailine Moreira Roque

ASSINATURA DO TITULAR



U3

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

27 AGO 2018

PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO



TAILINE MOREIRA ROQUE

FILIAÇÃO: JOSE FERRER ROQUE

MARIA DE LOURDES MOREIRA

SEXO: FEMININO

NASCIMENTO: 19/12/1988

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: RIO DE JANEIRO - RJ

DOCUMENTO: P.G. 12370718 SUP AC 09/08/2011

LEI Nº 9.046, DE 19 DE MARÇO DE 1996

CPF: 030.775.882-02

TIT. ELEITOR: 123456789

LOCAL DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

ASSINATURA DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

LEGENDA

A - CASAMENTO B - DIVÓRCIO C - BOM FÉTIMO DE INTERDIÇÃO D - DATA DE NASCIMENTO
E - SEPARAÇÃO F - NOÇÃO G - MUDANÇA DE NOME

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 29.033 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3452 de 02.05.1965 que criou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer atividade profissional.

Nesta carteira são registrados todos os dados do trabalhador, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como, para a concessão de aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contém neste documento a situação de conservação, suspensão, renúncia e qualificação em atividades profissionais do seu portador.

Devido sua importância, deve ser protegida e conservada, pois constitui o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, servindo para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes. Toda cidade, também, como instrumento de identificação.

EXEMPLO DE COMO DEVE SER PREENCHIDA A CARTÃO
NOME: JOSE CARLOS DE SOUZA
CPF: 123.456.789-01

VISTE O PORTAL ATE: WWW.ACTE.GOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PRESENETE
166.43727.34-1

NUMERO 2497881 SERIE 0050 AC

Tailine Moreira Roque

ASSINATURA DO TITULAR



U3

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

27 AGO 2018

PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO



TAILINE MOREIRA ROQUE

FILIAÇÃO JOSE FERREIRA ROQUE

MARIA DE LOURDES MOREIRA

SEXO: FEMININO

NASCIMENTO 19/12/1988

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: RIO DE JANEIRO - RJ

DOCUMENTO: P.G. 12370718 SUP AC 09/08/2011

LEI Nº 9.046, DE 19 DE MAIO DE 1996

CPF: 030.775.883-02

CNPJ: 030.775.883-02

TIT. ELEITOR: 030.775.883-02

LOCAL DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

ASSINATURA DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO
DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

NOME
DOCUMENTO

NOME
DOCUMENTO

NOME
DOCUMENTO

LEGENDA
A - CASAMENTO B - DIVÓRCIO C - MUDANÇA DE NOME
D - MUDANÇA DE ENDEREÇO E - MUDANÇA DE SEXO
F - MUDANÇA DE DATA DE NASCIMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ADMINISTRAÇÃO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome
 KEILA DA SILVA ARAUJO

SOC. PREVID. DE FOM. HABITAC. (SPH)
 951679 - RENDZC 80

CPF
 909.421.472-72

DATA NASCIMENTO
 09/09/1996

PLANO
 JOSE CARLOS ARAUJO
 SAMPAIO
 FRANCISCA CARLOS DA
 SILVA

PROFISSÃO
 ENFERMEIRO

ACC
 00000000

DE MAR
 3,0

Nº REGISTRO
 05408555919

VALIDADE
 07/06/2023

EMISSÃO
 23/01/2018

OBSERVAÇÃO

Keila da S. Araújo
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO
 24/06/2016

Keila da S. Araújo
 Pedro Luis Longo
 Diretor Geral
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 ADMINISTRAÇÃO DO ENCHERRE

49804657157
 AC404894409

DETRAN AC (ACRE)

VALIDADE
 8 TERCEIROS ANOS
 1224660700

PLACAS PLASTIFICADAS
 1224660700



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - AC Nº 011612270578
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD RENAVAM INTRC EXERCÍCIO
01 00116957670 2017

ALDISNEI DA SILVA FRANCA

014.951.252-03
NAB5850
NAB5850 AC 9C6KE122090022769

PAG/MOT/CICLO/ANO ABELICA GASOLINA
YAMAHA/FACTOR YB 125 K 2008 2009
2P/0124CE/ PARTEICU PRETA

1º ANO ÚNICO
PAG 008
PAG 008
R\$10.7 R\$185.5

SEM RESERVA DE DIGNIDADE * BENEFITARIO
RIO BRANCO-AC 18/01/2018

SEGUNDO OBRIGATORIO DE DANOS-PESSOAS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE QUALQUER TIPO, QUANTO A CARGA, APRESSO
TRANSITO POR RUA OU AVENIDA, SENDO DPVAT

AC Nº 011612270578 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

01 014.951.252-03
NAB5850
00116957670 YAMAHA/FACTOR YB125 K
2008 9C6KE122090022769

PREMIO TAFIÁRIO
R\$81.29 R\$9.03 R\$90.33
R\$4.15 R\$0.7 R\$185.5

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04 011612270
www.seguradoralider.com.br 318736804

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC

Nº 011612270578

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM 01 00116957670 EXERCÍCIO 2017

ALDISNEI DA SILVA FRANCA

014.951.252-03 PLACA NAB5850

NAB5850 AC 9C6KE122090022769

ESPECIE TRC COMBUSTIVEL

PAG/MOT/CICLO/ANO ABELICA GASOLINA

YAMAHA/FACTOR YB 125 K 2008 2009

2P/0124CE/ CATEGORIA COEFICIENTE PRETA

COFA UNICA 1ª 2ª 3ª

1ª 2ª 3ª

PAGM COFA UNICA 3ª

PREMIO TAF (R\$) R\$10.7

PREMIO TOTAL (R\$) R\$185.5

SEM RESERVA DE DIGNIDADE * BENEFITARIO

RIO BRANCO-AC

18/01/2018

AC Nº 011612270578 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

01 014.951.252-03 EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 18/01/2018

00116957670 YAMAHA/FACTOR YB125 K

2008 9 9C6KE122090022769

PREMIO TAFIÁRIO

R\$81.29 R\$9.03 R\$90.33

R\$4.15 R\$0.7 R\$185.5

DATA DE CANCELAMENTO 16/01/2018

SEGURODORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

011612270
318736804

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314324/18
Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE
CPF: 035.775.582-02

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 11/01/2018
Titular do CPF: TAILINE MOREIRA ROQUE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KEILA DA SILVA ARAUJO : 906.421.472-72

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

TAILINE MOREIRA ROQUE : 035.775.582-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/08/2018
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO
CPF/CNPJ: 906.421.472-72

KEILA DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

SIS DPVAT - Sinistros

Seguradora Líder das Condições de Seguro DPVAT

Ativos

- Arquivo Seguradora Líder
- Ativo
- Buscar processo
- Seguro
- Finalizado

Detalhe de Sinistro

Sinistro | Histórico

ASL: ASL-0314324/18
 Nº do sinistro: 3180397462
 Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS
 Dependência: 0535
 Num. Sequência: 1
☐ Prioritário
 Natureza do sinistro: Invalidez
 Status: Negado
 Razão de Negativa: Negativa técnica

PORTO SEGURO CIA de Seguros...

DADOS SINISTRO

Data da reclamação: 27/08/2018
 Data do último documento entregue: 27/08/2018
 Data do sinistro: 11/01/2018
 Horário: 15:30

DADOS DA VÍTIMA

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE
 CPF: 035.775.582-02
 CPF de: Próprio
 Titular do CPF: TAILINE MOREIRA ROQUE
 Data de nascimento: 20/12/1996
 Sexo: Feminino
 Data da última carga: 28/08/2018

Sinistro em processo de regulação. Não é possível receber documentos.

Exibir Documentos Cancelar

Ativos

Página 1 de 1

Procedendo 1 item de 1

10:25 14/11/2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414707/18

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE

CPF: 035.775.582-02

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 11/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TAILINE MOREIRA ROQUE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KEILA DA SILVA ARAUJO : 906.421.472-72

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

TAILINE MOREIRA ROQUE : 035.775.582-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO
CPF: 906.421.472-72

KEILA DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414707/18

Número do Sinistro: 3180537789

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE

CPF: 035.775.582-02

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 11/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TAILINE MOREIRA ROQUE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

TAILINE MOREIRA ROQUE : 035.775.582-02

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/11/2018
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO
CPF: 906.421.472-72

KEILA DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/11/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537789

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE

Data do acidente: 11/01/2018

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Lesão cortante do Halux direito(dorso).

Descrição do exame físico: Ao exame físico do 1º dedo do pé direito apresenta sem amputação, marcha normal, agachamento normal, com encurtamento, flexão alterada, extensão alterada. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o pé. Paciente com parestesia e limitação funcional severa, possível lesão de nervo e tendão no Halux direito

Resultados terapêuticos: Foi submetida a tratamento cirúrgico (sutura) da ferida no Halux direito(dorso).De alta medica sem documento comprobatório.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO HÁLUX DIREITO DE GRAU INTENSO (75%)

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/11/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Não foram descritas alterações que repercutam em todo o pé pelo médico examinador
Descontar valor já indenizado

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537789

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE

Data do acidente: 11/01/2018

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Lesão cortante do Halux direito(dorso).

Descrição do exame físico: Ao exame físico do 1º dedo do pé direito apresenta sem amputação, marcha normal, agachamento normal, com encurtamento, flexão alterada, extensão alterada. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o pé. Paciente com parestesia e limitação funcional severa, possível lesão de nervo e tendão no Halux direito

Resultados terapêuticos: Foi submetida a tratamento cirúrgico (sutura) da ferida no Halux direito(dorso).De alta medica sem documento comprobatório.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO HÁLUX DIREITO DE GRAU INTENSO (75%)

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/11/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Não foram descritas alterações que repercutam em todo o pé pelo médico examinador
Descontar valor já indenizado

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537789 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (ANEXO P1 P4)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: INDENIZADO EM GRAU LEVE DO HÁLUX DIREITO.
(@ PÁG 1) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537789 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (ANEXO P1 P4)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: INDENIZADO EM GRAU LEVE DO HÁLUX DIREITO.
(@ PÁG 1) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537789 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE HÁLUX DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO DR MARCELO PIMENTA CRM-AC 1791 DATADO EM 09/11/2018.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537789 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE HÁLUX DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO DR MARCELO PIMENTA CRM-AC 1791 DATADO EM 09/11/2018.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome Tailine Moreira Roque
Nacionalidade: Brasileira, Est. Civil Casado
Profissão Autônoma
Identidade 1207071-8 CPF: 035.775.582-02
Endereço Rm. da Fez, 2404, Belo Jardim II

OUTORGADA:

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

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

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

RIO BRANCO/AC 17/08/2018



OUTORGANTE

Tailine Moreira Roque

(Reconhecer firma por autenticidade)

2º Tabelionato
de Rio Branco - AC



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome Tailine Moreira Roque
Nacionalidade: Brasileira, Est. Civil Casado
Profissão Autônoma
Identidade 1207071-8 CPF: 035.775.582-02
Endereço Rm. da Fez, 2404, Belo Jardim II

OUTORGADA:

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

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

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

RIO BRANCO/AC 17/08/2018



OUTORGANTE

Tailine Moreira Roque

(Reconhecer firma por autenticidade)

2º Tabelionato
de Rio Branco - AC



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414707/18

Número do Sinistro: 3180537789

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE

CPF: 035.775.582-02

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 11/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TAILINE MOREIRA ROQUE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

TAILINE MOREIRA ROQUE : 035.775.582-02

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/11/2018
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO
CPF: 906.421.472-72

KEILA DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/11/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414707/18

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE

CPF: 035.775.582-02

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 11/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TAILINE MOREIRA ROQUE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KEILA DA SILVA ARAUJO : 906.421.472-72

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

TAILINE MOREIRA ROQUE : 035.775.582-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO
CPF: 906.421.472-72

KEILA DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
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-0414707/18

Número do Sinistro: 3180537789

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE

CPF: 035.775.582-02

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 11/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TAILINE MOREIRA ROQUE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 29/10/2020

Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO

CPF: 906.421.472-72

KEILA DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020

Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix

CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix