



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

COMPARE COM  
O ORIGINAL  
DATA: 01 07 19

Novo Acre  
Governo parceiro, povo empreendedor.

28



## BOLETIM DE ATENDIMENTO

DATA: 30/04/19 HORA: 12:15 Nº SUS: PRÉ-NATAL: 89800278697-8868 C.SUS-Nº

NOME: Rivaldo Gomes Silva IDADE: 39a

DATA NASC: 14/05/1979 SEXO: (X) MASCULINO ( ) FEMININO

ESTADO CIVIL: União Estável PROFISSÃO: TEL:

ENDEREÇO: R. Transversal Samuel Ibaiz do Nascimento

BAIRRO: Geni Nunes CIDADE: Freixo ESTADO: Acre

RESPONSÁVEL: TEL:

QUEIXA PRINCIPAL:

Refratado de olho.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura clavicular.

TRATAMENTO:

Paulo  
João  
Ker  
Hos  
Depressão  
Dado 75% de S-p-T-T  
Dado 75% de S-p-T-T  
Hos 100% de S-p-T-T  
Depressão 100% de S-p-T-T  
Depressão 100% de S-p-T-T

CONDIÇÕES DE ALTA: ( ) MELHORAMENTO ( ) CURADO ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) ÓBITO

INTERNAÇÃO PARA: TRATAMENTO PARA

EXAMES: ( ) RX ( ) LABORATÓRIO ( ) ULTRASSONOGRAFIA: ( ) OUTROS:

Rio de Janeiro, 13/06/2019

## Orientação para movimentação do processo de sinistro

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro o qual não houve carga das imagens recebidas através do aplicativo e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para a regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT  
EDM

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rivaldo Gomes da Silva,

RG nº 3L9556, data de expedição 12/05/2000, Órgão SSSP,

CPF nº 707.996.052-87, 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>Trav. Lúcia Melo Cavalcante</u>
Número	<u>322</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Esperança</u>
Cidade	<u>Feijó</u>
Estado	<u>Acara</u>
CEP	<u>69.860 000</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 98424 - 8384</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Feijó-Ac, 02 de Julho de 2019

Assinatura do Declarante: Rivaldo Gomes da Silva



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.  
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC  
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.004.141/001-46  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Nº da Nota Fiscal **004978993**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
<b>JUNHO/2019</b>	<b>04/07/2019</b>	<b>143</b>	<b>123,15</b>

MARIA NEUZA GOMES DA SILVA  
TV LIDIA MELO CAVALCANTE 322 ESPERANCA  
CPF: 00043506747215  
CEP: 69.960-000 - FEIJÓ

ROT: 16.070.16.01.001500

DADOS DA LEITURA	kWh		DATAS DA LEITURA
Atual:	1425		Atual: 27/06/2019
Anterior:	1282		Anterior: 28/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 26/07/2019
Consumo Medido:	143		Emissão: 26/06/2019
Consumo Faturado:	143	FCAM	Apresentação: 27/06/2019

Forma de Faturamento: **NORMAL**

Código de Irregularidade:

Dias de Consumo: **30**

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
<b>RESIDENCIAL</b>	<b>MONO</b>	<b>MON17119372</b>		<b>1.1.1.1</b>	<b>126</b>

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAI/19 128	CONSUMO 143 A R\$ 0,831390 = 118,88
ABR/19 146	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 4,27
MAR/19 615	
FEV/19 30	
JAN/19 30	
DEZ/18 30	
NOV/18 30	
OUT/18 105	
SET/18 109	
AGO/18 59	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 143 - 0,597770	

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

Parabéns! Até o dia 26/06/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

Rio de Janeiro, 13/06/2019

## Orientação para movimentação do processo de sinistro

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro o qual não houve carga das imagens recebidas através do aplicativo e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para a regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT  
EDM





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	707.981.052-87	Rivaldo Gomes da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Rivaldo Gomes da Silva	707.981.052-87	
Profissão:	Endereço:	Número:
Cobrador	Trav. Lúcia Melo Cavalcante	322
Bairro:	Cidade:	Estado:
Esperança	Feijó	AC
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	69 960 000	(68) 98424-8394

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

RENDA MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:	
AGÊNCIA: 3707	CONTA: 11596
(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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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, _____	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1º   Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2º   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.



# BOLETIM DE OCORRÊNCIA-PMAC

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE

Nº BO: 197/04-2019

FATO 01: Acidente de Trânsito FATO 02: Data: 30.04.2019 Hora: 12h20min

## LOCAL

Logradouro: Cruzamento das Ruas Francisco Amauri Castro e Francisco Pereira Braga Nº:

Bairro: Esperança 2 Complemento: --

Referência: Próximo ao Escritório do Claudélio CEP: 69960-000

Município: Feijó Tipo de Local: Via Pública

## Envolvido "A" CONDUTOR NXR BROS 160 PLACA QLX 4481

Nome: Rivaldo Gomes da Silva Sexo: M Nasc. 14.05.1979 Idade: 39 anos

Endereço: Travessa Samuel Elias do Nascimento Bairro: Geni Nunes Tel.: 98424-8394

Lesão: Fratura na Clavícula direita Obs.:

## ENVOLVIDO "B" Ciclista

Nome: Francisco das Chagas Moraes Parente Sexo: M Nasc.: 08.03.2001 Idade: 18 anos

Endereço: Vila Dourado Bairro: Geni Nunes Tel.: ---

Lesão: Escoriação nos cotovelos, joelhos e inchaço no rosto. Obs.:

## Objetos Pessoais do Agente:

**HISTÓRICO:** Informo-vos que por volta das 12h20min do dia 30 de abril de 2019, fomos informados pelo senhor Rivaldo Gomes que o mesmo acabara de ser vitimado em um acidente de Trânsito no endereço supracitado. Prontamente deslocamo-nos ao endereço informado e constatamos a veracidade dos fatos. Conforme relato de ambos os envolvidos, Rivaldo Gomes conduzia seu veículo, a saber: "Motocicleta Bros 160 Placa QLX 4481" pela Rua Francisco Pereira Braga, (sentido bairro - centro) e Francisco das Chagas conduzia sua bicicleta preta sem marca aparente pela Rua Francisco Amauri Castro (sentido bairro centro), quando no cruzamento não sinalizado destas vias, Francisco das chagas não deu prioridade ao condutor que vinha a sua direita e acabou atingindo Rivaldo Gomes. De acordo com Francisco das Chagas, sua bicicleta não possui freio. Disse que tentou diminuir a velocidade com o pé, mas parou ao sentir dor em seu pé que recuperava-se de uma fratura. Ambos os envolvidos foram encaminhados ao pronto socorro do Hospital Geral de Feijó. Os mesmos sofreram as seguintes lesões: (Rivaldo Gomes: Fratura na Clavícula direita, escoriações no cotovelo direito); (Francisco das Chagas: Escoriação nos cotovelos, joelhos e inchaço no rosto). Os veículos sofreram as seguintes avarias: (NXR BROS 160 Placa QLX 4481: Retrovisor direito quebrado, Guidão danificado, pedal de freio danificado), (Bicicleta Preta: Quadro danificado). Informo-vos que houve acordo entre as partes, para que Francisco das Chagas arque com as despesas das avarias causadas na Motocicleta QLX 4481. Diante dos fatos, encaminhamos este instrumento informativo para conhecimento da Autoridade Policial.

Boletim de ocorrência



## EFETIVO E VIATURA EMPENHADO

Guarnição de Serviço CMT: SD PM Bastos, SD PM Anastácio.

## RECIBO DE ENTREGA

Unidade de entrega: D.G.P.C.F. Hora: 16:25

Nome: *C. Oliveira* Função: APC Assinatura: *C. Oliveira*

CARTÓRIO DE PESSOAS JURÍDICAS, TABELIONATO DE NOTAS, PROTESTO DE TÍTULOS, OFÍCIOS DE REGISTRO CIVIL, MÓVEIS E TÍTULOS E DOCUMENTOS DE ACRE  
SILVANO DE CARLI - TABELIÃO/OFICIAL

AUTENTICAÇÃO Nº 024551  
Autentico para os devidos efeitos esta fotocópia, que é reprodução fiel do documento apresentado. Dou fé.  
Feijó, 07 de maio de 2019. Selo: A080450-01 - AUTENTICAÇÃO  
Selo: F892-F860-A144-607D - Consulte o selo em: www.reposaca.com.br

PEDRO WISLEY FERREIRA CAVALCANTE - Escrevente  
Autorizado

☐ Silvano de Carli - Tabelião/Oficial  
☐ Cláudio Roberto de Souza - Substituto  
☐ Dirceine dos Santos da Silva - Escrevente Autorizada

☐ Maria Gleiciane de Sousa Macedo - Escrevente  
☐ Jennifer Maria Gomes Pinheiro de Oliveira - Escrevente

Av. Plácido de Castro, 551 - Centro - Feijó/AC - CEP 69960-000 - sdecarli@uol.com.br

RECEBIDO

03 JUN 2019

Seguradora Líder DPVAT



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA-PMAC**  
GOVERNO DO ESTADO DO ACRE

Nº BO: 197/04-2019

FATO 01: Acidente de Trânsito FATO 02: Data: 30.04.2019 Hora: 12h20min

**LOCAL**

Logradouro: Cruzamento das Ruas Francisco Amauri Castro e Francisco Pereira Braga Nº:

Bairro: Esperança 2 Complemento: --

Referência: Próximo ao Escritório do Claudélio CEP: 69960-000

Município: Feijó Tipo de Local: Via Pública

**Envolvido "A" CONDUTOR NXR BROS 160 PLACA QLX 4481**

Nome: Rivaldo Gomes da Silva Sexo: M Nasc. 14.05.1979 Idade: 39 anos

Endereço: Travessa Samuel Elias do Nascimento Bairro: Geni Nunes Tel.: 98424-8394

Lesão: Fratura na Clavícula direita Obs.:

**ENVOLVIDO "B" Ciclista**

Nome: Francisco das Chagas Moraes Parente Sexo: M Nasc.: 08.03.2001 Idade: 18 anos

Endereço: Vila Dourado Bairro: Geni Nunes Tel.: ----

Lesão: Escoriação nos cotovelos, joelhos e inchaço no rosto. Obs.:

**Objetos Pessoais do Agente:**

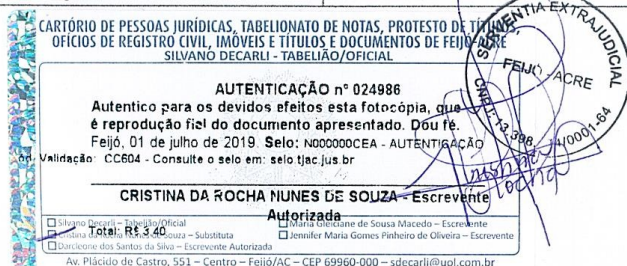
**HISTÓRICO:** Informo-vos que por volta das 12h20min do dia 30 de abril de 2019, fomos informados pelo senhor Rivaldo Gomes que o mesmo acabara de ser vitimado em um acidente de Trânsito no endereço supracitado. prontamente deslocamo-nos ao endereço informado e constatamos a veracidade dos fatos. Conforme relato de ambos os envolvidos, Rivaldo Gomes conduzia seu veículo, a saber: "Motocicleta Bros 160 Placa QLX 4481" pela Rua Francisco Pereira Braga, (sentido bairro - centro) e Francisco das Chagas conduzia sua bicicleta preta sem marca aparente pela Rua Francisco Amauri Castro (sentido bairro centro), quando no cruzamento não sinalizado destas vias, Francisco das chagas não deu prioridade ao condutor que vinha a sua direita e acabou atingindo Rivaldo Gomes. De acordo com Francisco das Chagas, sua bicicleta não possui freio. Disse que tentou diminuir a velocidade com o pé, mas parou ao sentir dor em seu pé que recuperava-se de uma fratura. Ambos os envolvidos foram encaminhados ao pronto socorro do Hospital Geral de Feijó. Os mesmos sofreram as seguintes lesões: (Rivaldo Gomes: Fratura na Clavícula direita, escoriações no cotovelo direito); (Francisco das Chagas: Escoriação nos cotovelos, joelhos e inchaço no rosto). Os veículos sofreram as seguintes avarias: (NXR BROS 160 Placa QLX 4481: Retrovisor direito quebrado, Guidão danificado, pedal de freio danificado), (Bicicleta Preta: Quadro danificado). Informo-vos que houve acordo entre as partes, para que Francisco das Chagas arque com as despesas das avarias causadas na Motocicleta QLX 4481. Diante dos fatos, encaminhamos este instrumento informativo até a D.P. local, para conhecimento da Autoridade Policial.

**EFETIVO E VIATURA EMPENHADO**

Guarnição de Serviço CMT: SD PM Bastos, SD PM Anastácio.

**RECIBO DE ENTREGA**

Unidade de entrega: D.G.P.C.F. Hora: 16:25

Nome: *C. Rocha* Função: APC Assinatura *C. Rocha*





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL DE FEIJÓ - FEIJÓ - AC

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 024142/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/07/2019 15:05 Data/Hora Fim: 01/07/2019 15:33  
Origem: Polícia Judiciária  
Delegado de Polícia: Valdinei Soares da Costa

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Geral de Polícia Civil de Feijó  
Data/Hora do Fato: 30/04/2019 12:20

Local do Fato

Município: Feijó (AC)  
Logradouro: CRUZAMENTO DAS RUAS FRANCISCO AMAURI CASTRO E FRANCISCO

Bairro: ESPERANÇA

CEP: 69.960-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RIVALDO GOMES DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nome Civil: FRANCISCO DAS CHAGAS MORAIS PARENTE (ENVOLVIDO)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O noticiante veio até esta delegacia informar que se envolveu num acidente de trânsito no dia 30/04/2019, como relata o BOPM 197/04/2019; QUE segundo o comunicante no dia do fato o mesmo foi levado para o hospital geral do município de Feijó para receber os primeiros socorros e o médico plantonista preencheu o boletim de atendimento; QUE o exame de corpo de delito só não foi feito por falta de não existe IML no município de Feijó; QUE então o comunicante veio até esta delegacia declarar este fato para fins de seguro DPVAT. Nada mais disse.

ASSINATURAS

Leandro Gomes do Nascimento  
Agente de Polícia  
Matrícula 9447245  
Responsável pelo Atendimento

Rivaldo Gomes da Silva  
(Vítima / Comunicante)

"Dedarei 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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Valdinei Soares da Costa  
Impresso por: Leandro Gomes do Nascimento  
Data de Impressão: 01/07/2019 15:33  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





Rio de Janeiro, 13/06/2019

## Orientação para movimentação do processo de sinistro

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro o qual não houve carga das imagens recebidas através do aplicativo e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para a regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT  
EDM

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

707.981.052-87

Rivaldo Gomes da Silva

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

Nome completo: CPF:

Rivaldo Gomes da Silva

707.981.052-87

Profissão: Endereço: Número: Complemento:

Coabrador

Rua. Lúcia Melo Cavalcante

322

Casa

Bairro: Cidade: Estado: CEP:

Esperança

Feijó

AC

69 960 000

E-mail: Tel.(DDD):

(68) 98424-8394

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: 3707

☐

CONTA: 11596

☐

AGÊNCIA:

☐

CONTA:

☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) 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.



Rio de Janeiro, 13/06/2019

## Orientação para movimentação do processo de sinistro

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro o qual não houve carga das imagens recebidas através do aplicativo e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para a regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT  
EDM

---

**Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190370482**

**Vítima: RIVALDO GOMES DA SILVA**

**Data do Acidente: 30/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), RIVALDO GOMES DA SILVA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190370482**

**Vítima: RIVALDO GOMES DA SILVA**

**Data do Acidente: 30/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), RIVALDO GOMES DA SILVA**

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

Documentação médico-hospitalar

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



---

**Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190370482**

**Vítima: RIVALDO GOMES DA SILVA**

**Data do Acidente: 30/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), RIVALDO GOMES DA SILVA**

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

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Boletim de ocorrência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração de Inexistência de IML não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentos de identificação não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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



**Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190370482**

**Vítima: RIVALDO GOMES DA SILVA**

**Data do Acidente: 30/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), RIVALDO GOMES DA SILVA**

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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





---

**Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190370482**

**Vítima: RIVALDO GOMES DA SILVA**

**Data do Acidente: 30/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RIVALDO GOMES DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAMUNDO HERMINIO DE MELO

**P5**

ASSINATURA DO TITULAR

*Rivaldo Gomes da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

DATA DE EXPEDIÇÃO

12/05/2000

NOME

319956

RIVALDO GOMES DA SILVA

FILIAÇÃO

DAMIAO GOMES PAIVA

MARIA NEUZA GOMES DA SILVA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

14/05/1979

FEIJO-AC

DOC ORIGEM

CERT NASC 6139 LIV A10 FLS 265V CART

ENVIA AM

*Guilherme Soares da Assis*

ASSINATURA DO

DIRETOR DE IDENTIFICAÇÃO

CPF

707.991.052-87

Nascimento

CORREIOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RIVALDO GOMES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE (ORIG. EMISSOR) / UF

319956 SSP AC

CPF

707.991.052-87

DATA NASCIMENTO

14/05/1979

FILIAÇÃO

DAMIAO GOMES PAIVA

MARIA NEUZA GOMES DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

02453742674

VALIDADE

04/07/2020

1ª HABILITAÇÃO

31/07/2002

OBSERVAÇÕES

*Rivaldo Gomes da Silva*

LOCAL

RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO

31/07/2015

10407281058

AC406273430

DETRAN - AC - ACRE



**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**



Número

**707.991.052-87**

Nome

**RIVALDO GOMES DA SILVA**

Nascimento

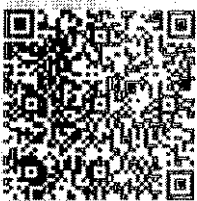
**14/05/1979**

**Documentos de Identificação**



**CÓDIGO DE CONTROLE**

**7FDA.9EAA.E9FE.E228**



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
as 12:18:19 do dia 24/05/2019 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

**VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**



Rio de Janeiro, 13/06/2019

## Orientação para movimentação do processo de sinistro

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro o qual não houve carga das imagens recebidas através do aplicativo e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para a regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT  
EDM

Rio de Janeiro, 13/06/2019

## Orientação para movimentação do processo de sinistro

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro o qual não houve carga das imagens recebidas através do aplicativo e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para a regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT  
EDM

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190370482

**Cidade:** Feijó

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RIVALDO GOMES DA SILVA

**Data do acidente:** 30/04/2019

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 26/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR COM OU SEM INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- OU LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195235/19

**Número do Sinistro:** 3190370482

**Vítima:** RIVALDO GOMES DA SILVA

**CPF:** 707.991.052-87

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/04/2019

**Titular do CPF:** RIVALDO GOMES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**RIVALDO GOMES DA SILVA : 707.991.052-87**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/07/2019  
Nome: RIVALDO GOMES DA SILVA  
CPF: 707.991.052-87

RIVALDO GOMES DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2019  
Nome: EDSON DA SILVA MARTINS  
CPF: 132.129.557-08

EDSON DA SILVA MARTINS

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195235/19

**Número do Sinistro:** 3190370482

**Vítima:** RIVALDO GOMES DA SILVA

**CPF:** 707.991.052-87

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/04/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RIVALDO GOMES DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### RIVALDO GOMES DA SILVA : 707.991.052-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/07/2019  
Nome: RIVALDO GOMES DA SILVA  
CPF: 707.991.052-87

RIVALDO GOMES DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/07/2019  
Nome: EDSON DA SILVA MARTINS  
CPF: 132.129.557-08

EDSON DA SILVA MARTINS

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195235/19

**Vítima:** RIVALDO GOMES DA SILVA

**CPF:** 707.991.052-87

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/04/2019

**Titular do CPF:** RIVALDO GOMES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

**RIVALDO GOMES DA SILVA : 707.991.052-87**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

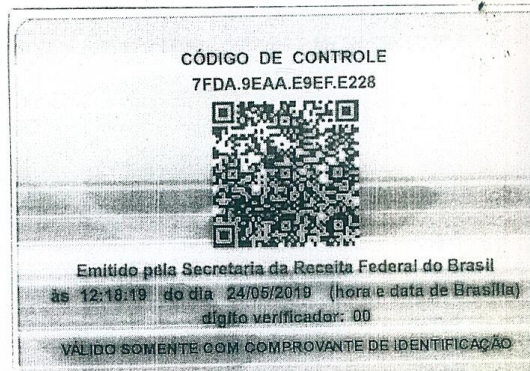
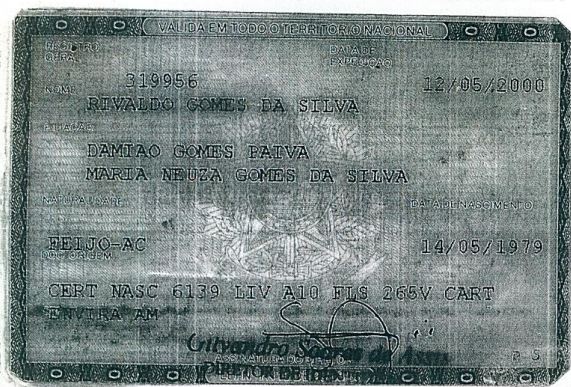
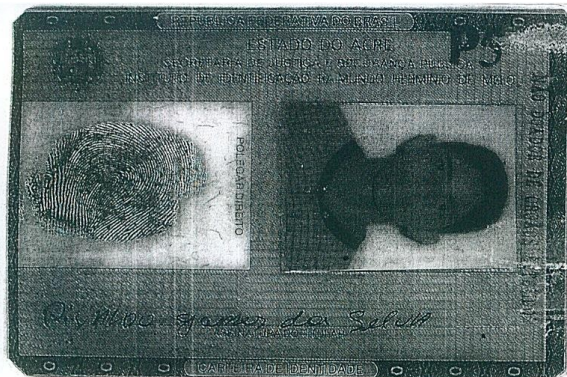
- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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





Rio de Janeiro, 13/06/2019

## Orientação para movimentação do processo de sinistro

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro o qual não houve carga das imagens recebidas através do aplicativo e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para a regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT  
EDM



Prefeitura Municipal de Feijó  
Secretaria Municipal de Saúde  
Gestão Plena da Atenção Básica



## RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: Diamantino

NOME: Rivaldo Gomes da Silva IDADE:           

Paciente apresenta fratura de clavícula direita, decorrente de acidente de motocicleta há 22 dias. Realiza o RX de confirmação. Ao momento refere dor, principalmente ao movimento.



Dra. Sílvia Henrique  
Clínica Geral  
CRM: 402246

Carimbo e Assinatura

Data: 22/05/19