



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

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

Dados Básicos

Foro:	Feijó
Processo:	07001379720208010013
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	03/07/2020 07:19:44

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A
--------------	--

Documentos

Petição:	2730600_CONTESTACAO_0 1 - 1-9.pdf
Anexo - Petição:	2730600_CONTESTACAO_A nexo_02 - 1-11.pdf
Anexo - Petição:	2730600_CONTESTACAO_A nexo_02 - 12-26.pdf
Anexo - Petição:	2730600_CONTESTACAO_A nexo_02 - 27-29.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 1-9.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 10-18.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 19-20.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE FEIJO/AC

PROCESSO: 07001379720208010013

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RIVALDO GOMES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **30/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **01/07/2019**.

Cumpra esclarecer que em que pese a parte autora realizar requerimento do pagamento, através da via administrativa, porém, o sinistro foi cancelado por inatividade, haja vista que a parte autora não apresentou a documentação necessária para a perfeita regulação do sinistro.

Não obstante, em qualquer hipótese de acidente, a atitude normal do segurado é procurar a seguradora, para que esta regule, primeiramente, o sinistro. Somente em caso de não pagamento, ressarcimento incompleto ou de mora, as demandas devem ser ajuizadas.

Assim, tendo o autor deixado de apresentar a documentação exigida por lei, carecendo o autor de uma condição específica do regular exercício do direito de ação, qual seja, interesse de agir.

Compulsando atentamente aos autos, em nenhum momento foi demonstrado e comprovado de forma contundente que a parte autora faz jus ao pleito deduzido na presente demanda, devendo o pleito ser julgado extinto em virtude da inocorrência de mora por parte da Ré.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO MÉRITO

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷**art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 4550/AC, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FEIJO, 29 de junho de 2020.

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram

conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A** e **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RIVALDO GOMES DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **FEIJO**, nos autos do Processo nº 07001379720208010013.

Rio de Janeiro, 29 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

CARTA DE PREPOSTO

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como PREPOSTOS(as) **Rafael Silva Nunes**, inscrita CPF sob nº 980.785.722-49, **Dauana de Freitas**, inscrita no CPF sob nº 555.216.222-65, **Thiago Maia Viana**, inscrito no CPF sob nº 015.840.422-41, **Gioval Luiz de Farias Júnior**, inscrito no CPF sob nº 947.976.092-49, **Tainan da Silva Mendes**, inscrita no CPF sob nº 017.895.762-37 e **Evandro Damaceno Stolaric**, inscrito no CPF sob nº 713.190.342-68, podendo os mesmos responderem nesta qualidade a todos os termos do Processo n. **07001379720208010013**, que tramita **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **FEIJO/AC**.

Rio de Janeiro, 29 de junho de 2020.





01 07 19

Novo Acre
Governo paranaense, povo empreendendo



DATA: 30/04/19 HORA: 12:15 Nº SIS. PRÉ-NATAL: 898 00278697-8868 C.SUS-Nº

NOME: Rivaldo Gomes Silva IDADE: 39a

DATA NASC: 14 10 1970 SEXO: ☒ MASCULINO () FEMININO

ESTADO CIVIL: União Estável PROFISSÃO: _____ TEL: _____

ENDEREÇO: R. Traversa Samuel Iba's do Nascimento

BAIRRO: Geni Nereus CIDADE: Feijó ESTADO: Acre

RESPONSÁVEL: _____ TEL: _____

QUEIXA PRINCIPAL: 1. dor abdominal

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura clavícula

TRATAMENTO: _____

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

INTERNAÇÃO PARA: _____ TRATAMENTO PARA _____

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

Remail Ayala Calderón
Medico - Clínico General
CRM - AC 1372

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 369856, data de expedição 12/05/2006, Órgão SSP,

CPF nº 703.996.052-87, 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>Alagoas</u>
CEP	<u>69.360 000</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 98424-8394</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Feijó-Al, 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\$)
JUNHO/2019	04/07/2019	143	123,15

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
RESIDENCIAL	NONO	MON17119372		1.1.1.1	126

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: ☐ DAA's (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	Faço	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 do 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 do 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"/> Divorçado <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:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso dêvida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarão 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.

Assinatura do Representante Legal (se houver)	Local e Data:	TESTEMUNHAS
	Nome:	1ª Nome:
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF:	CPF:
		Assinatura
Assinatura do Procurador (se houver)		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.



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 Morais Parente Sexo: M Nasc.: 08.03.2001 Idade: 18 anos

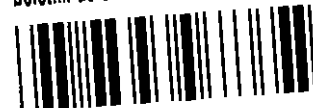
Endereço: Vila Dourado Bairro: Geni Nunes Tel.: ---

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. Silva* Função: APC Assinatura: *C. Silva*

CARTÓRIO DE PESSOAS JURÍDICAS, TABELIONATO DE NOTAS, PROTESTO DE TÍTULOS, OFÍCIOS DE REGISTRO CIVIL, IMÓVEIS E TÍTULOS E DOCUMENTOS DE FEIJÓ-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: 69960-000-01 - AUTENTICAÇÃO
Selo: 6992-6960-A1A2-607D - Consulte o selo em: www.reposca.com.br

PEDRO WISLEY FERREIRA CAVALCANTE - Escrevente
Autorizado

☐ Silvano de Carli - Tabelião/Oficial
☐ Maria Gleiciane de Sousa Macedo - Escrevente
☐ Cláudio Santos de Souza - Substituto
☐ Jennifer Maria Gomes Pinheiro de Oliveira - Escrevente
☐ Dirleide dos Santos da Silva - Escrevente Autorizada

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 Morais 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

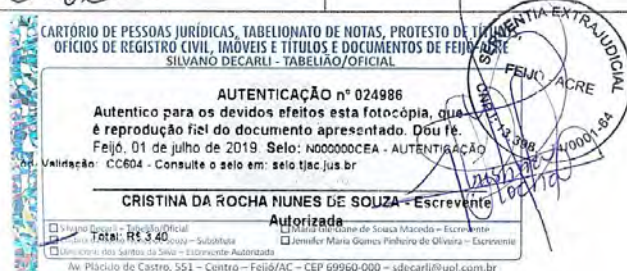
Unidade de entrega: D.G.P.C.F.

Hora: 16:25

Nome:

Função: APC

Assinatura





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: Valdínei 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	Meio(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)

"Dediro para os devidos fins de direito que sou e(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e declaro 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: Valdínei 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

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: 707.991.052-87 Nome completo da vítima: 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: Rivaldo Gomes da Silva CPF: 707.991.052-87
Profissão: COZINHEIRO Endereço: TV: Lúcia Melo Cavalcante Número: 322 Complemento: CASA
Bairro: ESPERANÇA Cidade: FEIJÓ Estado: AC CEP: 69960000
E-mail: Rivaldo3H.53H4@gmail.com Tel. (DDD): 68 99934-3251

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

RENDA 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: 3702 9 CONTA: 11596 0

(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.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

2ª | No _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e data: Feijó - AC, 124 de Maio de 2019
Nome: Rivaldo Gomes da Silva
CPF: 707.991.052.87

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Rivaldo Gomes da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

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:
Colhador	Av. Lúcia Melo Cavalcante	322
Bairro:	Cidade:	Estado:
Esperança	Feijó	AC
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	69 960 000	(68) 98424-8394

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA 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)

AGÊNCIA: 3707 ☐ CONTA: 11596 ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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 RAIMUNDO 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

FEIJO-AC

DATA DE NASCIMENTO

14/05/1979

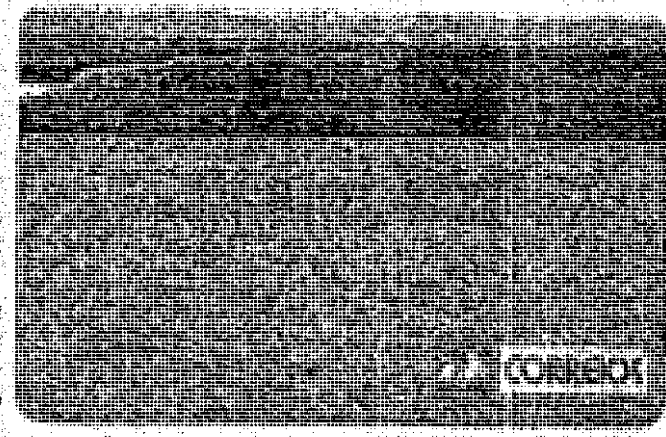
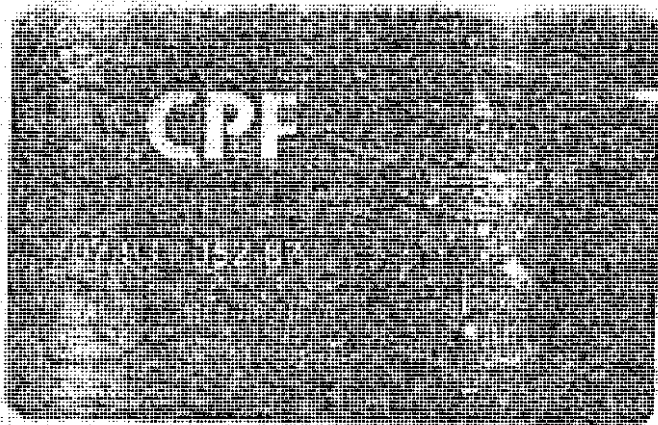
CERT NASC 6139 LIV A10 FLS 265V CART

ENVIA AM

Guilherme Soares da Assis

ASSINATURA DO TITULAR

PRETOR DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RIVALDO GOMES DA SILVA

DOG. 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

ASSINATURA DO EMISSOR

LOCAL

RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO

21/07/2015

10407281058
AC406273430

PROIBIDO PLASTIFICAR

1022696501



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
707.991.052-87

Nome
RIVALDO GOMES DA SILVA

Nascimento
14/05/1979

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

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos 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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RIVALDO GOMES DA SILVA

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 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

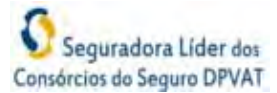
RIVALDO GOMES DA SILVA

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 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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RIVALDO GOMES DA SILVA

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

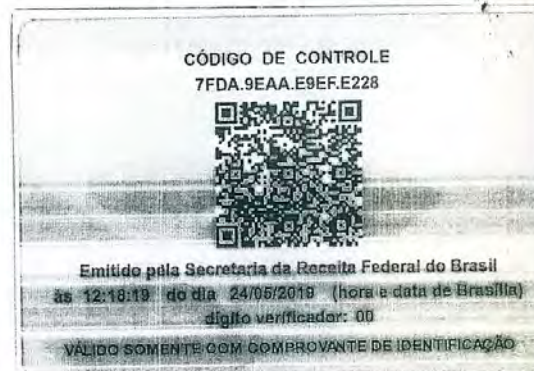
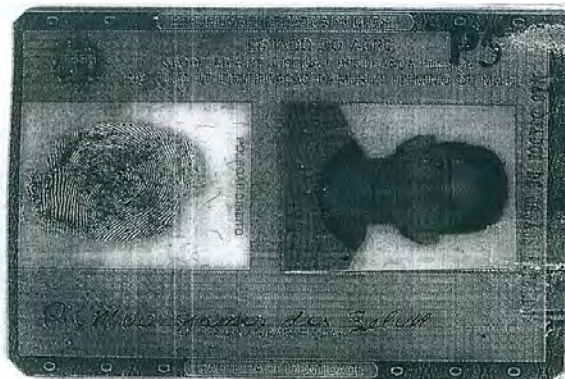
- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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