



**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 FEIJÓ/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 SÍNTSE 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**.

Cumpre 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, resarcimento 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/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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, CPC<sup>3</sup>.

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 geral<sup>4</sup>.

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 vítima<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup>"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)

<sup>4</sup>RECURSO 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 HOUVE 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.

<sup>5</sup>**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."

Frise-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 citação<sup>6</sup>.

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 ação<sup>7</sup>

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.

---

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

<sup>7</sup>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 expresso 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					
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 esfíncterano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais 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\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
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	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

## SUSTABELECIMENTO

**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; **JOSELAINA 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 nº 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

JOSELAINA 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.





## BOLETIM DE ATENDIMENTO

DATA: 30/04/19 HORA: 12:15 N° SIS. PRÉ-NATAL: \_\_\_\_\_ C.SUS-N° \_\_\_\_\_

898 0027 8697 8868

\_\_\_\_\_

NOME: Rivaldo Gomes Sifra IDADE: 39a

DATA NASC: 14/05/1979 SEXO:  MASCULINO  FEMININO

ESTADO CIVIL: União Estável PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: R. Transversa Samuel Dias do Nascimento

BAIRRO: Geni Nunes CIDADE: Freijo ESTADO: Acre

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL: Refraqueado de mete

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura clavícula

TRATAMENTO: Colifato 750 mg 3x/dia

Acetaminofen 1.000 mg 3x/dia

desinfetante e jaleco

de 500g peso em 200 ml

Depois de 10 dias

Neimail Ayala Calderon  
Médico - Clínico Geral  
CRM - AC 1372

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 31.995.6, data de expedição 12/05/2001, Órgão S.S.S.P.

CPF nº 303.551.052-87, 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>Trev. Lídia Melo Cavalcante</u>
Número	<u>322</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Soperam</u>
Cidade	<u>Feijo</u>
Estado	<u>Acre</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: Feijo - Ac, 02 de Julho de 2019

Assinatura do Declarante: Rivaldo Gomes da Silva



Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0125146-5

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	Poste	Código Est.	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:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

707.881.052-87

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:

707.881.052-87

Profissão:

Cozinheiro

Endereço:

Tava. Lúcia Nilo Cavalcante

Número:

322 Complemento:

Bairro:

Esperança

Cidade:

Feijo

Estado:

AC

CEP:

69360000

Email:

Tel.(DDD):

(68) 98424-2394

## DADOS CADASTRAIS

## RENDIMENTO:

 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 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 OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3707

CONTA: 11596

O

(Inserir o dígito de conta)

(Inserir o dígito de conta)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

O

(Inserir o dígito de conta)

(Inserir o dígito de conta)

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

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 abrange 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 previsão de concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

## 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:

Vivos: \_\_\_\_\_

Falecidos: \_\_\_\_\_

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

 Sim  Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder poderá, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte únicos beneficiários que se apresentarem e proverem 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.

Representante Legal  
Assinatura  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | 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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero 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 **Boletim de ocorrência** 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:

*Cecília*

Função: APC

Assinatura

*Cecília*

CARTÓRIO DE PESSOAS JURÍDICAS, TABELIONATO DE NOTAS, PROTESTO DE TÍTULOS, OFÍCIOS DE REGISTRO CIVIL, IMÓVEIS E TÍTULOS E DOCUMENTOS DE FEIJÓ-ACRE SIMONE DECARLI - TABELIÃO/OFICIAL

**AUTENTICAÇÃO nº 024551**  
Autêntico para os devidos efeitos esta fotocópia, que é reprodução fiel do documento apresentado. Dou fé.  
Feijó, 07 de maio de 2019. Selo AF 880430-01 - AUTENTICAÇÃO  
nº: F682-FE880414456070 - Consulte o site em: [www.tabelionato.com.br](http://www.tabelionato.com.br)

**PEDRO WISLEY FERREIRA CAVALCANTE - Escrivente**  
Aut. autorizado

Silvano DeCarli - Tabelião/Oficial  
 Cecília de Souza Mamede de Souza - Substituta  
 Davi de Souza dos Santos da Silva - Escrivente Autorizada

Maria Gleiciane de Souza Mamede - Escrivente  
Jennifer Maria Gomes Pinheiro de Oliveira - Escrivente

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

**RECEBIDO**

03 JUN 2019

Seguradora Líder DPVAT





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	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 está 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 está 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)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu (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 338-Denúncia Caluniosa e 346-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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	707.991.052-87	Rivaldo Gomes da Silveira	
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>			
Nome completo:	Rivaldo Gomes da Silveira		CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Cooperador	TV. Linha Melo Cavalcante	322	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Esperança	Feijo	AC	69960000
E-mail:	Tel.(DDD): 68 99934-3251		
Rivaldo.34.5341@gmail.com			

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input type="checkbox"/> RECUSO 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**

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

<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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3707 CONTA: 11596 D 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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 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: Feijo - 10/05/2019  
 Nome: Rivaldo Gomes da Silveira  
 CPF: 707.991.052-87

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Autorização de pagamento

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.

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:  DAMS (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:	Rivaldo Gomes da Silva	CPF: 707.981.052-87
Profissão:	Colhedor	Endereço: Trav. Lídia Melo Cavalcante
Número:	322	Complemento: Casa
Bairro:	Esperança	Cidade: Feijo
Estado:	AC	CEP: 69960000
E-mail:	Tel.(DDD): (68) 98429-8334	

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input type="checkbox"/> RECUZO 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**

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

<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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3707

CONTA: 11596

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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 Falecidos: 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**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | 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.

FPS.001 V001/2018

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**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 de 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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 médica-hospitalar

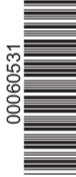
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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 médica-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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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.

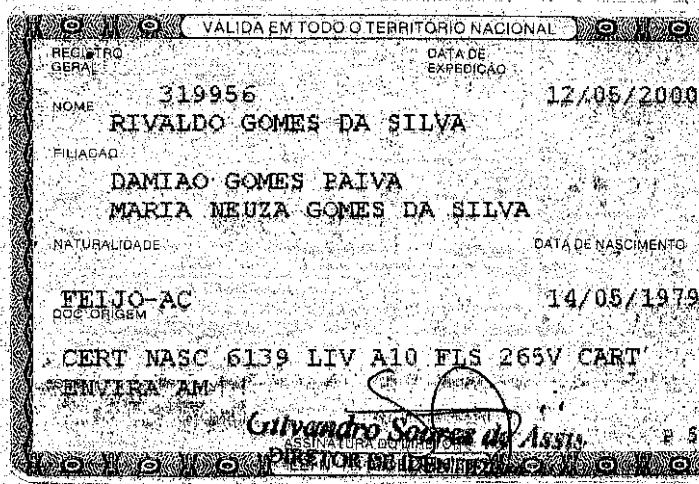
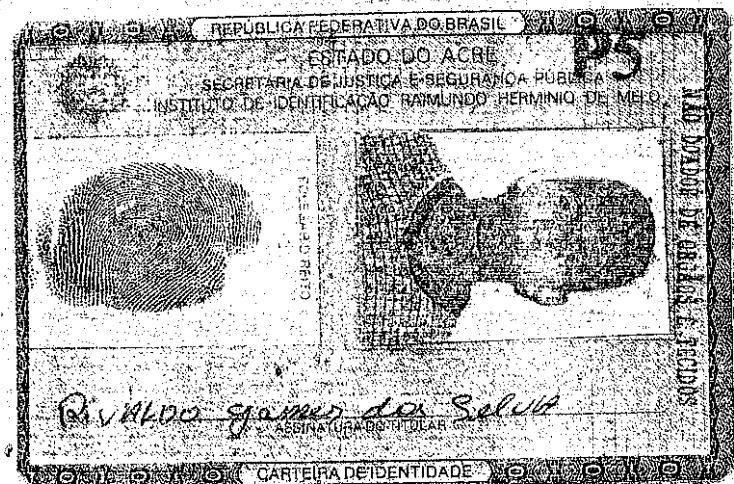
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







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**

7FDA9EAAE9EEF.E228



Documentos de identificação

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

digito verificador: 00

**VÁLIDO 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

**Valorização 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 INVIAILIZOU ESTABELECE 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: RAIO 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.

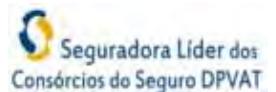
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

**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

**CPF de:** Próprio

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

RIVALDO GOMES DA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

RIVALDO GOMES DA SILVA

---

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

**CPF de:** Próprio

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

RIVALDO GOMES DA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RIVALDO GOMES DA SILVA

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

**CPF de:** Próprio

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

RIVALDO GOMES DA  
SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## 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

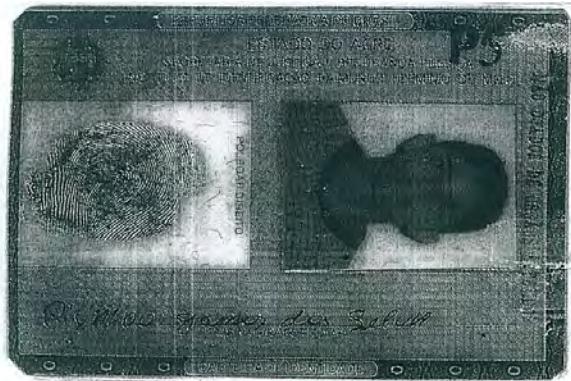
## ATENÇÃO

- 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. Realizou o RX de confirmação. Ao momento refere dor, principalmente no movimento.



Dra Salete Henrique  
Clínica Geral  
CRM - 402246

---

Carimbo e Assinatura

Data: 24/05/19