

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o (a) Sr. (a) RIVANDO COMEJANA SILVA, brasileiro (a), estado civil \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, devidamente inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 707.991.032-87 e no RG/CI nº 319956 SSP/AC; residente e domiciliado no Município de Feijó- AC, no endereço TV. LINDA MERO CAVALCANDE Nº 322, CEP 69 960-000, telefone 999.34.3751, nomeia e constitui seus procuradores, MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA FIDELIS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/AC 5.237 e ODAIR DELFINO DE SOUZA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na e OAB/AC 3.453, ambos com escritório profissional na Rua Presidente Kennedy, nº 146, Bairro Centro, Feijó-AC, CEP 69.960-000, aos quais outorga poderes contidos na cláusula "ad judicium" e extra judiciais, para que proceda todos os atos necessários à defesa dos seus direitos e interesses, em qualquer foro ou instância, onde se fizer necessário, podendo ainda transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação a valores provenientes da presente ação, desistir de ação e substabelecer, com ou sem reservas de poderes.

J. E. 150 - AC, 28 de outubro de 2019.

→ Rivando Comejana da Silva

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, RIVANDO COMEJANA SILVA, brasileiro (a), estado civil \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, devidamente inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 707.991.032-87 e no RG/CI nº 319956, com endereço no Município de Feijó AC, av/rua TV. LINDA MERO CAVALCANDE Nº 322, com fulcro na Lei 1.066 de 05 de fevereiro de 1.950 e suas modificações subsequentes, entre estas a da Lei 7.510 de 04 de julho de 1.986, declara pelo presente documento, ser pobre no sentido legal, e que não tem condições financeiras de pagar custas processuais, sem prejuízo ao próprio sustento ou de seus familiares, pleiteando assim, assistência judiciária.

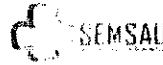
Feijó - AC, 28 de outubro de 2019

→ Rivando Comejana da Silva

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA FIDELIS e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 01/02/2020 às 13:01, sob o número 07001379720208010013. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0700137-97.2020.8.01.0013 e código 251A70D.



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



DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO- HOSPITALAR

UNIDADE: \_\_\_\_\_

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o paciente Rivaldo Garesdo  
Silva

necessita de 15 dias  
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID: \_\_\_\_\_

Teyo, em 16, 05, 2019

Romell Ayala Calderón  
Médico - Clínico Geral  
CRM - AC 1372

Assinatura do médico com CRM

**NOTA:** Este atestado é válido para finalidades prevista no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto - Lei nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento de trabalho.



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

*Fale conosco @ seguradora  
 Lide.com.br.  
 Anexo 38  
 Protocolo 38803216*

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

*Fale conosco @ seguradora lider.com.br  
 arrelia*

*dia do envio do e-mail 02.07.2019.*

Carta nº 14450572

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA FIDELIS e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 01/02/2020 às 13:01, sob o número 07001379720208010013. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0700137-97.2020.8.01.0013 e código 251A711.

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

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

Carta nº 14621762



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

Carta nº 14558366

# PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## COBERTURA SOLICITADA

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

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Rivaldo Gomes da Silva

Data do Acidente: 30.04.2018 Possui CPF:  Sim  Não NR CPF: 707.951.052-87

### PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- CPF do Representante Legal (cópia simples)
- Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Registro de Ocorrência Policial –  Sim  Não – original ou cópia autenticada
- Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- Comprovante de Ato Declaratório -- quando necessário
- Laudo de Invalidez do IML –  Sim  Não – original ou cópia autenticada
- Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples) ..
- CPF da vítima (cópia simples)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) -
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- Registro de Ocorrência Policial –  Sim  Não – original ou cópia autenticada
- Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada:  Sim  Não
- Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada:  Sim  Não
- Comprovante de Ato Declaratório -- quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)
- Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada:  Sim  Não

## DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
- Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
  - Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
- Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
  - Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
  - Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
  - Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
- Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
  - Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
  - Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
  - Outros Documentos apresentados:

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Quem é o portador?  Vítima  Beneficiário  Representante Legal CPF do portador:

E-mail: Tel.: ( )

Data: Assinatura

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente:

Matrícula:



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: 04.065.032/0001-70 | Insc. Estadual: 01.004.141/001-46  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Nº da Nota Fiscal 005554078

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

CONTA MÊS	VEICIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	03/09/2019	164	147,71

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

ROT: 16.070.16.01.001500

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		1748	Atual:	27/08/2019
Anterior:		1584	Anterior:	26/07/2019
Constante de Multiplicação:		1,000	Próxima Leitura:	25/09/2019
Consumo Medida:		164	Emissão:	26/08/2019
Consumo Faturado:		164	Apresentação:	27/08/2019

Forma de Faturamento NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	MON17119372		1.1.1.1	132

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JUL/19	159	CONSUMO	164 A R\$ 0,841929 = 138,07
JUN/19	143	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,86
MAI/19	128	CORRECAO MONETARIA IG 07/19-00	0,10
ABR/19	146	MULTA POR ATRASO 07/19-00	2,56
MAR/19	615	JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00	0,12
FEV/19	30		
JAN/19	30		
DEZ/18	30		
NOV/18	30		
OUT/18	105		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
6 A 164 - 0,597770			

PARABÉNS! MENSAGENS IMPORTANTES SOBRE AVISO DE VENCIMENTO

Parabéns! Até o dia 26/08/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 1EF0.F567.5483.B19E.8A64.2F19.B963.17D0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	36,76	Base de Cálculo:	138,07
Energia:	47,43	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	1,11	Valor do ICMS:	34,51
Encargos:	12,74	Valor do PIS:	0,98
Tributos:	40,03	Valor do COFINS:	4,54

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DNCR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	13,70	27,41	54,82	8,46	16,92	33,84	6,90	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Conjunto FEIJO Período de apuração: 06/2019 EU\$D: 53,10





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMÍNIO DE MELO

MAO DOURADA DE ORGAOS E TECIDOS

ASSINATURA DO TITULAR

Rivaldo Gomes da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

707.991.052-87

Nome

RIVALDO GOMES DA SILVA

Nascimento

14/05/1979

REGISTRO GERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO

12/05/2000

NOME

RIVALDO GOMES DA SILVA

FILIAÇÃO

DAMIÃO GOMES PAIVA

MARIA NEUZA GOMES DA SILVA

NATURALIDADE

PERIJO-AC

DATA DE NASCIMENTO

14/05/1979

CERTI NASC 6139 LIV A10 FLS 265V CART

EMITIDA EM

PERIJO-AC


14/05/1979

Raimundo Soares da Assis

P 5

CÓDIGO DE CONTROLE

7FDA.9EAA.E9EF.E28



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

as 12:18:19 do dia 24/05/2019 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Unidade: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: Clínico Geral

Para: Ortopedista

Nome do paciente: Rivaldo Gomes Silva

Hipótese diagnóstica: Fratura consolidada da clavícula (L)

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Paciente 40 anos de idade  
com fratura de 1/3 distal da clavícula  
consolidada.

Se a conferência por radiografias  
e quântica x Ortopedista

Se a este encaminhamento  
pedido do TCM

DATA 01/06/2019

Romell Ayala Calderón  
Médico Clínico Geral  
ASSINATURA



### ATESTADO MÉDICO

Atestado que o paciente Rivaldo Gomes da  
Silva

necessita de 15 (Quinze)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID: S42

Acre 30/04/2019

Romell Ayala Calderón  
Médico - Clínico Geral  
CRM - AC 1372

Assinatura do Médico com C.R.M.

**NOTA:**

Este atestado é válido para as finalidades no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto-Lei nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME

Rovaldo

30/04/19

Paroxeta - 20

14 dias

2 - 12 / 12 Hs.

Homell Ayala Calderón  
Médico - Clínico Geral  
CRM - AC 1372

ASSINATURA DO MÉDICO COM C.R.M



**ATESTADO MÉDICO**

Atestado que o paciente Rivaldo Gomes  
Silva

necessita de 15 (quinze)  
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID: \_\_\_\_\_

Faz-se em 01/06/2019

Romell Ayala Calderón  
Médico - Clínico Geral  
CRM - AG 1372

Assinatura do Médico com C.R.M.

**NOTA:**

Este atestado é válido para as finalidades no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto-Lei nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAVS (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: Trav. Lidia Melo Cavalcante Número: 322 Complemento: Casa

Bairro: Esperança Cidade: Feijó Estado: AC CEP: 69960000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (68) 98424-8394

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: 3707 CONTA: LL596 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  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 (val nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



**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
<b>LOCAL</b>			
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	
<b>ENVOLVIDO "A" CONDUTOR NXR BROS 160 PLACA QLX 4481</b>			
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.:	
<b>ENVOLVIDO "B" Ciclista</b>			
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 e 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: *[Assinatura]* Função: APC Assinatura: *[Assinatura]*

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

**AUTENTICAÇÃO n° 024988**  
Autentico para os devidos efeitos esta fotocópia, que é reprodução fiel do documento apresentado. Dou fé.  
Feijó, 01 de Julho de 2019. Selo: N000000CEA - AUTENTICAÇÃO  
Validação: CC604 - Consulte o selo em: selo.tjcc.jus.br

**CRISTINA DA ROCHA NUNES DE SOUZA** - Escrevente

Autorizada:  
 Silvano Decarli - Tabelião/Oficial  
 Cristiana da Rocha Nunes de Souza - Substituta  
 Darci Leone dos Santos da Silva - Escrevente Autorizada  
 Maria Cleziane de Sousa Macedo - Escrevente  
 Jennifer Maria Gomes Pinheiro de Oliveira - Escrevente

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA FERREIRA. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjcc.jus.br/pastadigital/pg/abrConfirmaDocumento.do, informe o processo 6740437-07-20208-01-0013 e código 251A746. Número 070013197-20208010013.

01 07 19



# BOLETIM DE ATENDIMENTO

DATA: 30/04/19 HORA: 12:15 Nº SIS PRÉ-NATAL: 898002786978868 C.SUS-Nº

NOME: Rivaldo Gomes Silva IDADE: 39a

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

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

ENDEREÇO: R: Transversal Samuel Elias do Nascimento

BAIRRO: Geni Nunes CIDADE: Frutos ESTADO: Acre

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

QUEIXA PRINCIPAL: Refratado de olho

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura clavicula

TRATAMENTO: (2)

*Paulo*  
*João*  
*Res*  
*nos*  
*tr*  
*de*  
*st*  
*pe*  
*so*  
*em*  
*20*  
*horas*  
*Depo*  
*de*  
*Paulo*

Marnell Ayala Calderón  
Médico - Clínico Geral  
CRM - AC 1372

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

INTERNAÇÃO PARA: \_\_\_\_\_ TRATAMENTO PARA \_\_\_\_\_

EXAMES: ( ) RX ( ) LABORATÓRIO ( ) ULTRASSONOGRÁFIA: ( ) OUTROS

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA FIDELIS e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 01/02/2020 às 13:01, sob o número 1379720208010013. Para conferir o original, acesse o site <https://esef.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0700137-97.2020.8.01.0013 e código 251A716.





**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)      Bairro: ESPERANÇA  
 Logradouro: CRUZAMENTO DAS RUAS FRANCISCO AMAURI CASTRO E FRANCISCO      CEP: 69.960-000

Tipo do Local: Via Pública

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

**ENVOLVIDO(S)**

Nome Civil: RIVALDO GOMES DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)
Nome Civil: FRANCISCO DAS CHAGAS MORAIS PARENTE (ENVOLVIDO)

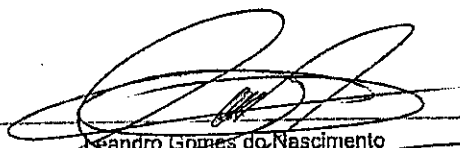
**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

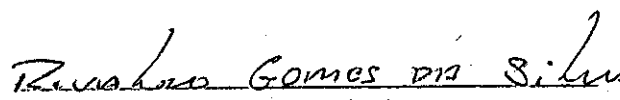
Nenhum Objeto Informado

**RELATO/HISTÓRICO**

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

**ASSINATURAS**

  
 Leandro Gomes do Nascimento  
 Agente de Polícia  
 Matrícula 0447245  
 Responsável pelo Atendimento

  
 Rivaldo Gomes da Silva  
 (Vítima / Comunicante)

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



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

Página 1 de 1

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA FIDELIS e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 01/02/2020 às 13:01, sob o número 07001379720208010013. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0700137-97.2020.8.01.0013 e código 2517A716.

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rivaldo Gomes da SilvaRG nº 3L9856, data de expedição 12/05/2000, Órgão SJSP

CPF nº 707.986.052-87, 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. Lidia Melo Cavalcante</u>
Número	<u>322</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Esperança</u>
Cidade	<u>Feijó</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.860 000</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 98424-8394</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Feijó-Ac, 02 de Julho de 2018

Assinatura do Declarante: Rivaldo Gomes da Silva