



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

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

Dados Básicos

Foro: Epitaciolândia
Processo: 07004741620208010004
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 29/01/2021 16:00:51

Partes

Solicitante: Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A

Documentos

Petição: 2780217_CONTESTACAO_0
1 - 1-10.pdf
Anexo - Petição: 2780217_CONTESTACAO_A
nexo_02 - 1-13.pdf
Anexo - Petição: KIT SEGURADORA LÍDER -
1-12.pdf
Anexo - Petição: KIT SEGURADORA LÍDER -
13-20.pdf

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

Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200255351

Vítima: FRANCISCO NETO DA SILVA

Data do Acidente: 27/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO NETO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200255351

Vítima: FRANCISCO NETO DA SILVA

Data do Acidente: 27/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO NETO 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, contados 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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DF VAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no pagamento da indenização no banco.

EU, Francisco Neto da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 1092136-2EXPEDIDO POR SSP/ACEM 02/10/2019CPF 706808042-30 /CNPJ 0000000000000000PROFISSÃO Marmorista

E RENDA MENSAL DE R\$ 3000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Neto da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou benefício;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 100,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERATIVA www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para débito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/semelhante escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO Brasil Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3952-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 20879-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

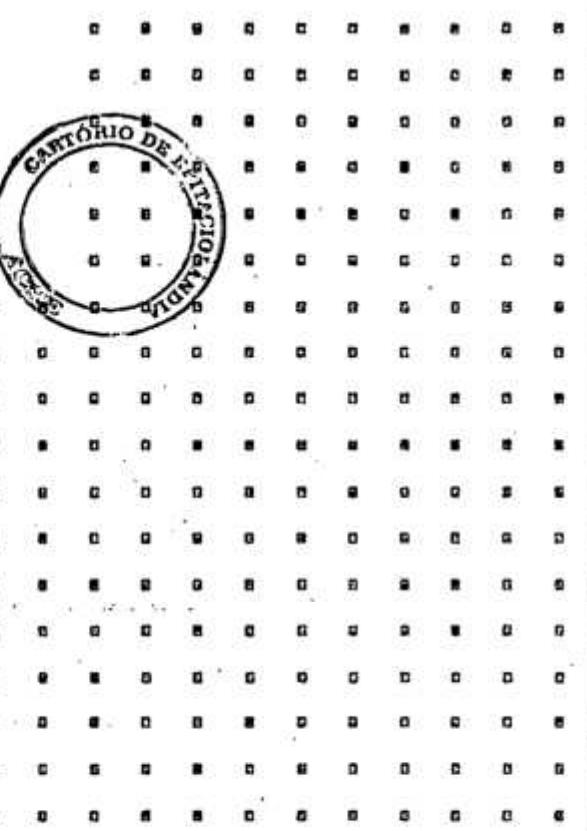
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritas, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Capitolândia, 24 de Junho de 2020 Francisco Neto da Silva
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação em vigor), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e é definida na tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-11111111.

82 NOME Francisco Neto da Silva	83 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	84 NASCIMENTO 12/11/1994			
85 ENDERECO Rus. Elias Bandeira N° 42, B. d. Glória	86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	87 VIAJAVA NO VEÍCULO N° 1	88 USAVA CINTO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2		
89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	90 CONDUZIDA PARA PS de Brasília	91 NOME	92 SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	93 NASCIMENTO	
94 ENDERECO	95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3	96 VIAJAVA NO VEÍCULO N°	97 USAVA CINTO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2		
98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	99 CONDUZIDA PARA	100 DIAGRAMA DO ACIDENTE			

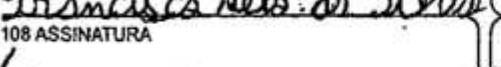
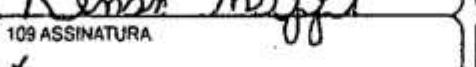
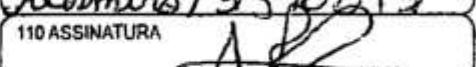
AUTENTICO a cópia por ser reprodução fiel do original. Do que
dou fé. Saio Digital: D00000CEAL - Chave: 6944F, Data: •
Hora: 29/06/2020 09:42:41, FRANCISCO NETO DA SILVA. E-mail: R\$2,97 Rec. R\$0,18 Puniç. R\$0,35 Tot. R\$3,30.
Consulte em <http://seaj.tjac.jus.br> FRANCISCO DE ASSIS OLIVEIRA PINHEIRO - ESCREVENTE AUTORIZADO



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

informo que o B.AT foi preenchido conforme R.O
12.450/2020 de 10.p de Epitaciano, por isso fico a alguns
tempo de ser servido, sem preencher

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA VI	103 MOTORISTA VII	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO CIFTRAN/Brasília
105 NOME Francisco Neto da Silva	106 NOME Renan Neffi	107 NOME / RG Almirso / 3346212
108 ASSINATURA 	109 ASSINATURA 	110 ASSINATURA 
111 LOCAL Brasília / Acre	112 DATA 16/06/20	



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA DE EPITACIOLANDIA - DGPCE

OCORRÊNCIA N° 450/2020

REGISTRADO EM 09 DE JUNHO 2020

ÀS 15:55

FATO COMUNICADO: Acidente de Transito.

DATA: 27/12/2019 HORA DO FATO: 17:30

LOCAL DO FATO: BR 317 KM 02, entrada da pousada Tobias

BAIRRO: Por do sol

MUNICÍPIO: EPITACIOLANDIA

ESTADO: ACRE

CEP: 69934-000

REFERÊNCIA:

ENVOLVIMENTO 01: NOTICIANTE/VITIMA:

NOME: FRANCISCO NETO DA SILVA D.N: 22/10/1994 RG: 1092136-2 SSP/AC CPF: 706.308.042-30

MÃE: LIDIA MARIA DA SILVA

END: RUA ELIAS BANDEIRA, 12, BAIRRO DA GLORIA, NESTA CIDADE.

TEL: 999666330

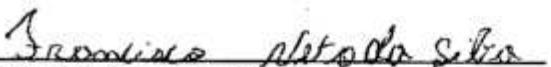
ENVOLVIMENTO 03: AUTOR:

NOME:

END:

TEL:

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: O noticiante informa que na data e horário acima mencionado havia saído de seu trabalho, conduzindo sua motocicleta marca modelo YAMAHA/FAZER YS250, MZS 9769, PRETA, CHASSI N° 9C6KG017060003580 e RENAVAN N° 00868824151; que próximo à entrada da Pousada Tobias, veio a colidir na parte traseira de um caminhão caçamba; cuja placa é MZP 4613, de propriedade de Renan Maffi; que veio a sofre escoriações pelo corpo e trauma na perna direita; que foi socorrido pelo condutor do caminhão caçamba e conduzido ao pronto socorro de Brasiléia, sendo posteriormente transferido para Rio Branco. NADA MAIS DISSE.


 FRANCISCO NETO DA SILVA

COMUNICANTE


 Antonio Marcos M. dos Santos
 AGENTE DE POLICIA CIVIL

Epitaciolândia/AC, 09 Junho de 2020.

TERMO DE COMPARCIMENTO

COMPARCER A ESTA DELEGACIA NA DATA
 /2020/ ÀS : horas
 PORTANDO DOCUMENTOS PESSOAIS.
 O NÃO COMPARCIMENTO INJUSTIFICADO
 ACARRETARÁ VIOLAÇÃO AO PRECEITO DO
 ARTIGO 330 DO CÓDIGO PENAL.
 (CRIME DE DESOBEDIÊNCIA).

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Neto da Silva

RG nº 3092136-2, data de expedição 02/10/19, Órgão SSP/AC

CPF nº 306 303 042-30, 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>Elias Bandeira</u>
Número	<u>052</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Alto Alegre</u>
Cidade	<u>Crato</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69930-000</u>
Telefone de Contato	<u>68 - 999666330</u>
E-mail	<u>franciscorato199423@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Crato 24-06-2020

Assinatura do Declarante: Francisco Neto da Silva



Novo Acre
O progresso para o desenvolvimento

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

Unidade: _____

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

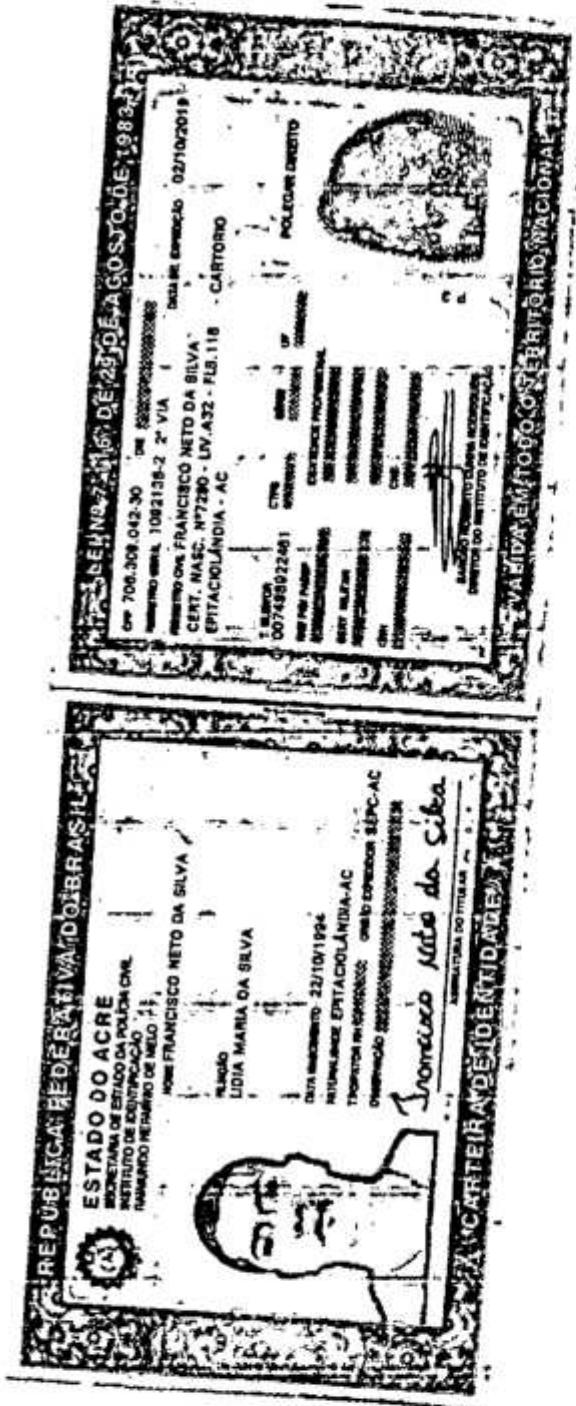
De: Hop Balsas
 Para: Hsp. do Cláudia
 Nome do paciente: Luzmara Lira da Silveira
 Hipótese diagnóstica: Polipo Nasal

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO

Refluxo 25 anos p/ mulheres negras
20 anos 2000 p/ mulheres negras
polipos nasais p/ reflexo
trabalho e/ou miasma

DATA: 04/04/2020

Alan Fonseca Lima
 Chirurgia / Urologia
 CRM/AC - 1262
 ASSINATURA





O Seguro do Acidente de Trânsito



08100100



**SERVÍCIO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

ATENDIMENTO



DESTINATÁRIO / Recipient	SEGURO DO RÁ LÍDER	TELEFONE / Phone Number
ENDEREÇO / Address	R-DA ASSEMBLEIA, 100	24 ANDAR
CEP	00111-004	CIDADE City
UF / State	RJ	PAÍS / Country



**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

O Seguro do Acidente de Trânsito

PEDIDO DE SEGURO DPVAT
site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.
0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.
SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

[dpvat_oficial](https://www.instagram.com/dpvat_oficial) [DPVAToficial](https://www.facebook.com/dpvatoficial) [seguradoralider-dpvat](https://www.linkedin.com/company/seguradora-lider-dpvat)

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

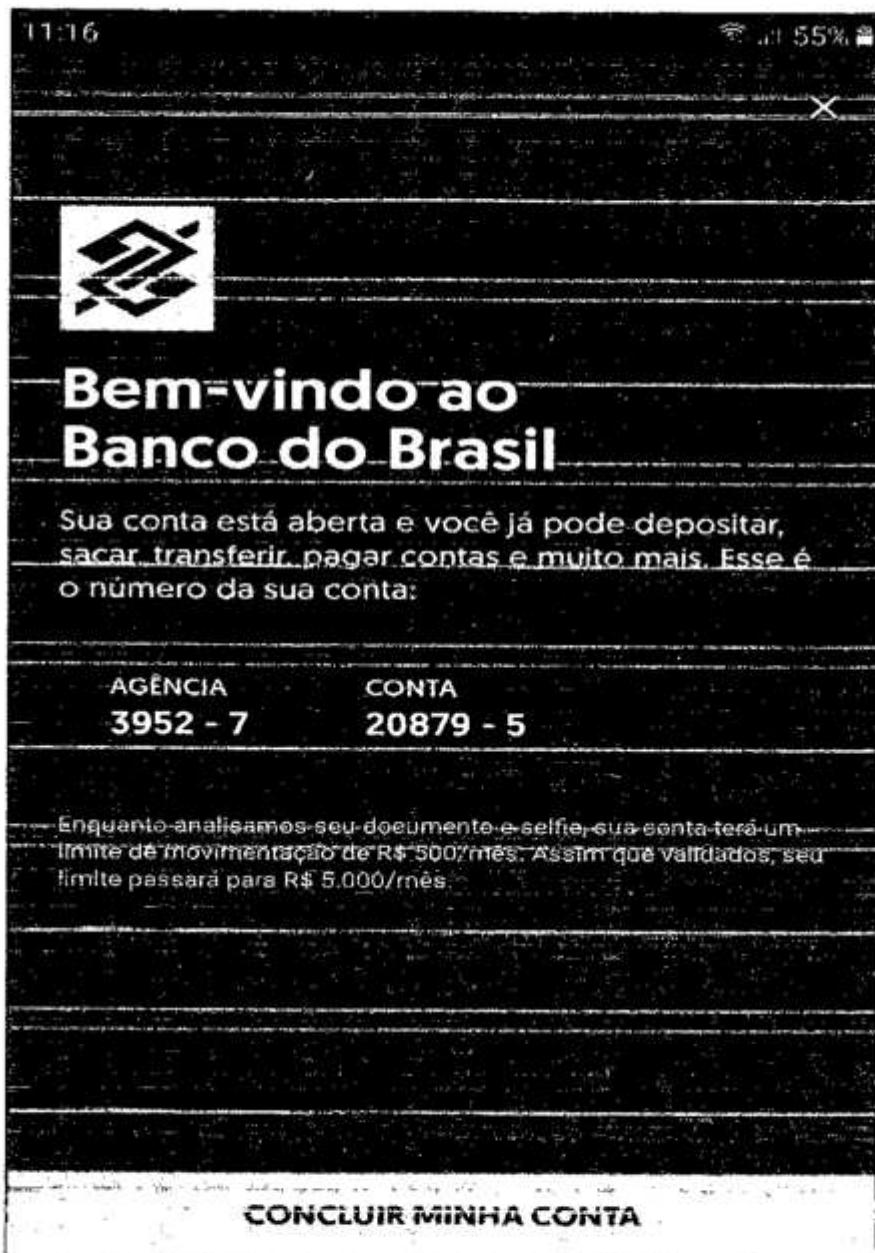
ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender	F. CO. NETO, SILVA			TELEFONE / Phone Number			
ENDEREÇO / Address	R- CHAS BANDEIRANTES, 12						
CEP / Zip	51410-300	-	00000	CIDADE / City	GRACIOSA	PAÍS / Country	BRASIL

RECICLAR MATERIAIS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)					
<input type="checkbox"/> MUDOU DE ENDERECO	<input type="checkbox"/> FALECIOS (Deceased)						
<input type="checkbox"/> RECLASADO (Reclamed)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)						
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)						
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Unclaimed)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Others)						
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)							
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)							
1 ^o	/	2 ^o	/	3 ^o	/	4 ^o	/
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informação prestada pelo porteiro ou síndico Information provided for doorman or condo manager							
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em _____							
<small>Reintegrado to service post</small>							
Data _____ Responsável _____							



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201129/20

Vítima: FRANCISCO NETO DA SILVA

CPF: 706.308.042-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/12/2019

FRANCISCO NETO DA
SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

FRANCISCO NETO DA SILVA : 706.308.042-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/07/2020
Nome: FRANCISCO NETO DA SILVA
CPF: 706.308.042-30

FRANCISCO NETO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020
Nome: MARIO CORREIA DA SILVA FILHO
CPF: 529.737.437-53

MARIO CORREIA DA SILVA FILHO