



Adv. Marlizia Maia Gondim  
OAB/AC 5.124

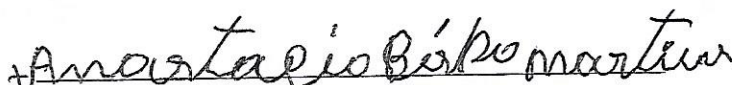
### PROCURAÇÃO AD JUDICIA

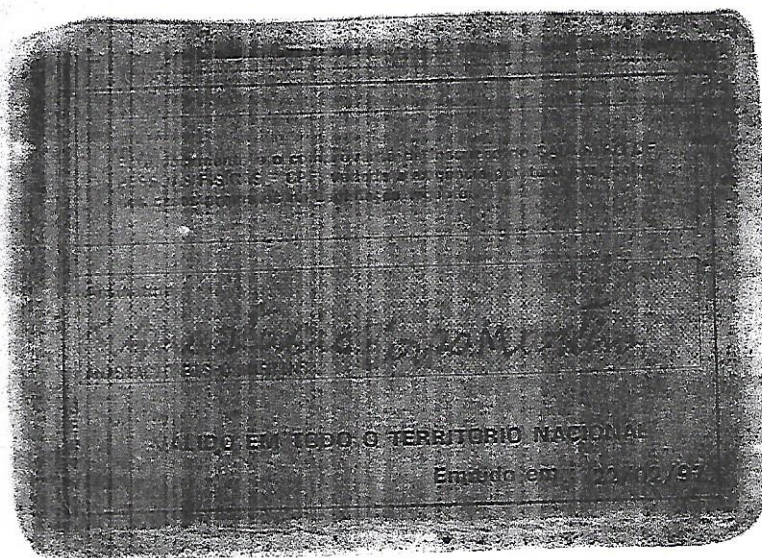
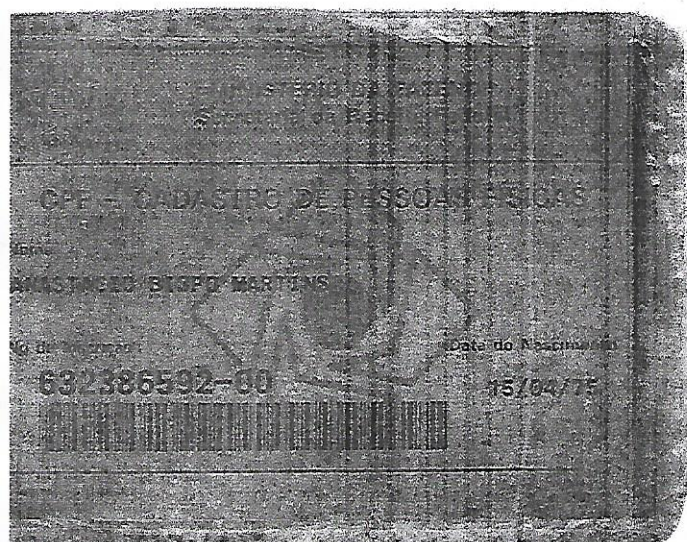
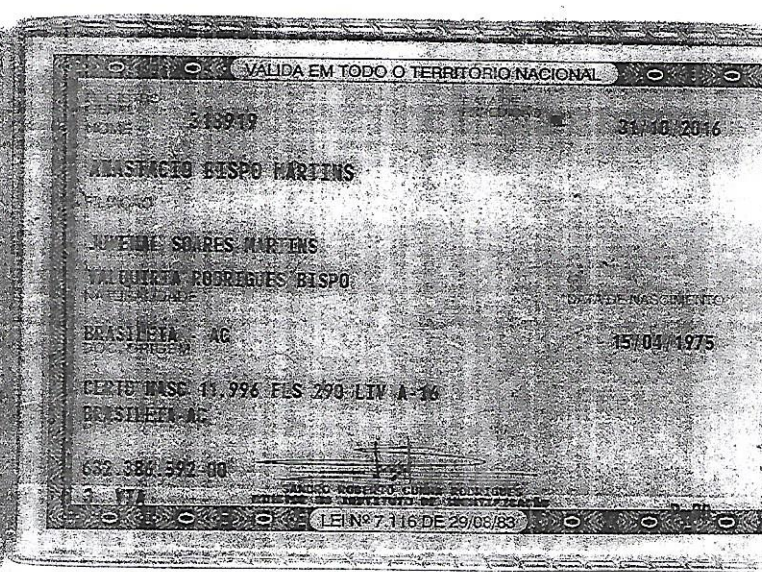
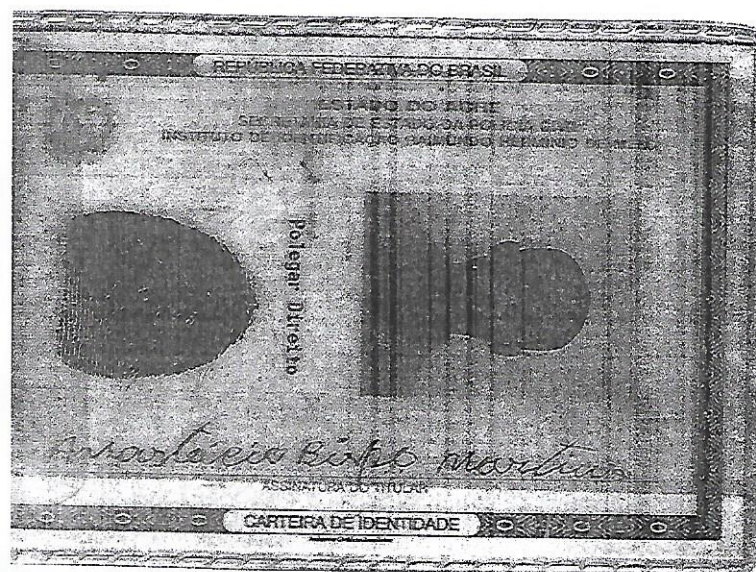
**OUTORGANTE:** ANASTÁCIO BISPO MARTINS, brasileiro, portador da cédula de identidade nº. 318919 SSP/AC, inscrito no CPF/MF sob o nº. 632.386.592-00, residente e domiciliado na Rua Madre Paulina, n. 825, Bairro Aeroporto, município de Eptaciolândia/AC.

**OUTORGADO:** MARLIZIA MAIA GONDIM, brasileira, advogada, OAB/AC nº. 5.124, e-mail: marlizia\_maia@hotmail.com, com endereço profissional estabelecido na Avenida Santos Dumont, n. 1075, bairro Centro, CEP: 69.934-000, Eptaciolândia/AC.

**PODERES:** Poderes outorgados e conferidos com cláusula “ad judicium” para o fim de representá-la perante qualquer instituição ou órgão da Administração Direta ou Indireta, podendo para isso, ajuizar ações para alcançar os fins devidos, bem como defendê-la nas que lhes forem propostas, representá-la perante qualquer juízo, Instância ou Tribunal, solicitar documentação em seu nome, arrolar todas as provas, transigir, desistir, reconhecer a procedência do pedido, fazer acordo judicial e extrajudicial, firmar compromissos, receber e dar quitação, receber em nome próprio valores oriundos de ações judiciais, podendo, para tanto, levantar alvará judicial, receber bens que estejam apreendidos e efetuar pagamento em seu nome, representá-la perante quaisquer repartições públicas federais, municipais, estaduais, autarquias em geral, empresas públicas, fundações e sociedades de economia mista, praticar todos os atos visando os direitos e interesses da outorgante, em conjunto ou separadamente, especialmente ajuizar ação judicial, podendo requerer seu desarquivamento ou proceder com uma nova ação, enfim, transigir e praticar todos os demais atos que entender necessários ao mais fiel e completo desempenho deste mandato, podendo, inclusive, se possível, escolher o rito processual dos juizados especiais Estaduais ou Federais, nem que tenha que renunciar valores que venham exceder ao teto quantitativo atribuído aos Juizados Especiais Estaduais ou Federais em razão do valor da causa a fim de manter a competência destes para a análise da matéria outorgada, podendo requerer desentranhamento de qualquer documento de autos findos ou em andamento, podendo, ainda, substabelecer com ou sem reserva de poderes, em especial, representá-la perante a SEGURADORA LÍDER – Administradora do Seguro DPVAT, referente ao acidente ocorrido no dia 02.12.2018, cobertura Invalidez Permanente.

Eptaciolândia/AC, 28 de janeiro de 2019.

  
Outorgante





Adv. Marlizia Maia Gondim  
OAB/AC 5.124

### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

ANASTÁCIO BISPO MARTINS, brasileiro, portador da cédula de identidade nº. 318919 SSP/AC, inscrito no CPF/MF sob o nº. 632.386.592-00, residente e domiciliado na Rua Madre Paulina, n. 825, Bairro Aeroporto, município de Eptaciolândia/AC, declara que, em função de suas condições econômicas atuais e da própria expectativa financeira futura, não tem condições de arcar com o pagamento das custas processuais que possam advir, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Brasília/AC, 28 de janeiro de 2019.

*Anastácio Bispo Martins*  
Declarante

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

fls. 8

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: **632.386.592-00** Nome completo da vítima: **Anastácio Bispo Martins**

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

Nome completo: **Anastácio Bispo Martins** CPF: **632.386.592-00**

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: **Rua Imadree Paulina** Número: **825** Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: **Angosto** Cidade: **Epitaciolândia** Estado: **AC** CEP: **69934-000**

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): **7681 99915-7799**

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:   CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:   CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **Epitaciolândia - AC, 28/01/19**

Nome: **Anastácio Bispo Martins**

CPF: **632.386.592-00**

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Anastácio Bispo Martins**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**Marlizia Maia Gondim**

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (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.

## Ao: Sr Comandante do Corpo de Bombeiros do Alto Acre

Eu, ANASTACIO BISPO MARTINS , RG 318919 CPF: 632.386.592-00 venho solicitar um atestado de sinistro.

**Endereço:** AV. AMAZONAS

**Bairro:** LIBERDADE

**Município:** EPITACIOLANDIA

**Tipo de ocorrência:** QUEDA DA ALTURA

**Ponto de Referência:** PRÓXIMO AO BAR

**Data da Ocorrência:** 02-12-2018

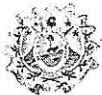
**Telefone:**

EPITACIOLANDIA/AC em 21 de JANEIRO DE 2019.

Anastacio Bispo Martins

Requerente

5º BEPCIF  
Nº 083  
Em 21/01/19 Horas 08:15  
Duarte  
Protocolista



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

CONFORME ORIGINAL

Data: 18.01.2019  
Maria José V. Silva  
RESPONSÁVEL POR  
S.A. E.M. O.B. C. P. S. E. I. A. C.

Novo Acre  
Governo parceiro, povo empreendedor.



fls. 10

mãe: Valquíria

# BOLETIM DE ATENDIMENTO

SUS: N Tem

DATA: 02/12/18 HORA: 16:35 Nº SIS PRÉ-NATAL: C.SUS-Nº

NOME: MODO - Martiano Bispo Martins IDADE: 37

DATA NASC: 15/04/75 SEXO: (X) MASCULINO ( ) FEMININO

ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Aparentado TEL: (68)

ENDEREÇO: Rua do Penaporta

BAIRRO: Penaporta CIDADE: Cantanhão ESTADO: AC

RESPONSÁVEL: Primo. Lúcio Araújo TEL:

QUEIXA PRINCIPAL: ptu no estômago e hipo (a mudo)

foi atendida no UAUH; ele está com

dores no abdômen (ocipital 7x2a)

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: fístula costal; no dorso lateral

TRATAMENTO: no tórax, no abdômen. de cur

MEG por dila (edema local) periclit

04.034.526/0009-09

Secretaria de Estado de Saúde  
Hospital Raimundo Chaur

PRF. Rolando Moreira Sr  
CEP 69.932-000

BRASILEIA

AC

Polietileno  
SS de poli éter e  
colado.  
Seio flexível de 20  
de 10 cm.

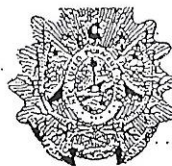
Lina H. Oliveira Cordeiro  
Médica  
CRM 18051/AC

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

INTERNAÇÃO PARA: TRATAMENTO PARA

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

CONFORME ORIGINAL  
Data: 18/07/2019  
Hora: 18:00  
Maria José V. Silva  
RESP. ENFERMAGEM  
PORT. 00228745-LEIA/AC.



Governo do Estado do Acre  
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE



UNIDADE:

NOME: ANASTACIO BISPO MARTINS

IDADE: 77 A B.E.:

OBSERVAÇÃO

LEITO:

| DATA     | EVOLUÇÃO | PRESCRIÇÃO MÉDICA                | HORÁRIO | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM       |
|----------|----------|----------------------------------|---------|-------------------------------|
| 02-12-18 |          | 1 dieta líquida                  | SAD     | 19h - Paciente                |
| 18-00h   |          | 2 Soro Regs. Lactato 500ml ev 8h | F       | Tratado pelo                  |
|          |          | 3 Propofol 1g ev 6/6 h           | 20 2    | SAMU. vítima                  |
|          |          | 4 Propofol 1g ev 6/6 h           | 18 24 6 | de acidente                   |
|          |          | 5 Hidroclorídico 200mg ev 12/12  | 30      | de acidente & comilhões       |
|          |          | 6 Propofol 1g ev 12/12           | 06      | Após avaliação                |
|          |          | 7 Difenidramina 50mg ev 12/12    | NT      | medico foi sus-               |
|          |          | 8 CSVT CL                        |         | mitado à OR.5                 |
|          |          | 9 SS 1h                          |         | Reflexos 3H 860               |
|          |          |                                  |         | A 19:00h, paciente ingressa   |
|          |          |                                  |         | e eleva-se presente           |
|          |          |                                  |         | do PS com história            |
|          |          |                                  |         | clínica mencionada            |
|          |          |                                  |         | anterior                      |
|          |          |                                  |         | 03.12.18 - Após 10h, paciente |
|          |          |                                  |         | é levado a muito, para        |
|          |          |                                  |         | comilhões verbal, porém       |
|          |          |                                  |         | mas apresenta sinais de       |

Dr. Eduardo Aracy  
CLÍNICO GERAL  
CRM 1447 / AC

04.034.526/0009-09

Secretaria de Estado de Saúde  
Hospital Fainundo Chaer  
PRF. Rolando Moreira Sr  
EXP. 09.931.000

BRASILEIA

AC

(un)



Português | English

**SRO - Rastreamento Unificado**

Ambiente: Produção

Versão: 1.6.2a

Fale com os Correios

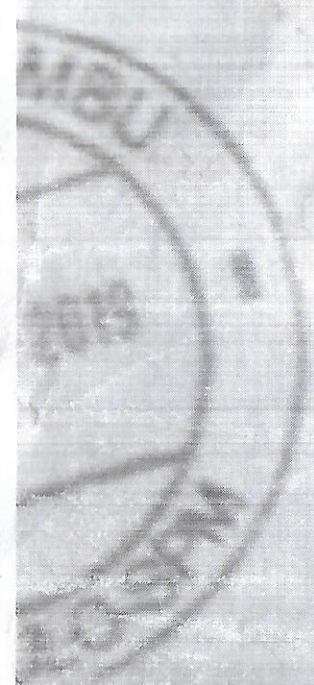
O horário não indica quando a situação ocorreu, mas sim quando os dados foram recebidos pelo sistema, exceto no caso de SEDEX 10, SEDEX 12, SEDEX HOJE e Telegramas, em que ele representa o horário real da entrega.

**ATENÇÃO! Informações desta página são exclusivamente de uso interno.**

| JT574893865BR |                     |                                                                       | 13/02/2019 18:14:20               |        |
|---------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------|
| Det           | Data Hora           | Local                                                                 | Situação                          | Nº evt |
|               | 13/02/2019 12:03:24 | CDD PRIMEIRO DE MARCO - RIO DE JANEIRO / RJ                           | Entregue                          | 1      |
|               | 13/02/2019 11:47:17 | CDD PRIMEIRO DE MARCO - RIO DE JANEIRO / RJ                           | Saiu para entrega ao destinatário | 1      |
|               | 29/01/2019 16:29:42 | AC EPITACIOLANDIA - Epitaciolandia / AC<br>Postagem depois do horário | Postagem - DH                     | 1      |

  
Imprimir  
Nova  
Consulta  
VoltarSinistro

\*



|                  |    |                |    |
|------------------|----|----------------|----|
| Correios         |    | SE             |    |
| PESO (kg)        | 78 | AR             | MP |
| Recebedor        |    | RAMON medeiros |    |
| Assinatura       |    | Documento      |    |
| OD 02001013 0 BR |    |                |    |
|                  |    |                |    |



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

OCORRÊNCIA N.º303/2019 - REGISTRADO EM 19 DE DE 2019 - ÀS 16:40

FATO COMUNICADO: Acidente de Trânsito DATA: 02 de Dezembro 2018 HORA DO FATO: 16:00

LOCAL DO FATO: Av. Amazonas

BAIRRO: Liberdade

MUNICÍPIO: Epitaciolândia

ESTADO: Acre

CEP: 69934-000

REFERÊNCIA:

**ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA**

NOME: Anastácio Bispo Martins

D.N: 15/04/1975 RG: 318919 SJSP/AC CPF: 632.386.552-00

PAI: Juvenal Soares Martins MAE: Valquíria Rodrigues Bispo

END: Rua Madre Paulina n.º 825

TEL:

**ENVOLVIMENTO: VÍTIMA**

NOME: Anastácio Bispo Martins

D.N: 15/04/1975 RG: 318919 SJSP/AC CPF: 632.386.552-00

PAI: Juvenal Soares Martins MAE: Valquíria Rodrigues Bispo

END: Rua Madre Paulina n.º 825

TEL:

**ENVOLVIMENTO: AUTOR(A)**

Nome:

End:

Tel:

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:**

O comunicante informa que: Sofreu um acidente de trânsito conforme certidão de sinistro n.º 01/2019 do Corpo de Bombeiros Militar do 5.º BPCIF, que relata que se deslocaram para atender uma ocorrência de acidente de trânsito onde um caminhão teria atingido o Senhor ANASTACIO BISPO MARTINS, que o mesmo apresentava um sangramento causado por um corte na cabeça além de escoriações pela face e membros superiores e inferiores, sendo o mesmo conduzido para hospital, e que segundo a vítima o condutor do caminhão se evadiu do local juntamente com o caminhão não sendo possível a visualização dos dados do veículo. Nada mais disse.

Epitaciolândia/AC, 19 de Março de 2019.

*Anastácio Bispo Martins*  
Anastácio Bispo Martins  
COMUNICANTE

*An Osvaldo Matos da Silva*  
An Osvaldo Matos da Silva  
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL



Seguradora

**LÍDER**

Administradora do Seguro DPVAT

ANASTACIO BISPO MARTINS  
R ME PAULINA, 825 825 COMP  
AEROPORTO  
CEP 69934-000 - EPITACIOLANDIA - AC



BI618853181BR

Saiba + [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela mesmo.

**DPVAT- Como Requerer**

Seguradora  
**LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT



fls. 15



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, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190186814

Vítima: ANASTACIO BISPO MARTINS

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARLIZIA MAIA GONDIM

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANASTACIO BISPO MARTINS

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

Boletim de ocorrência 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

1 nº 14370992



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Anastácio Bispo Martins

CPF da Vítima

632.386.592-00

Data do Acidente

02/12/2018

## REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

|                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Nome completo do Representante Legal | CPF do Representante legal |
| Email                                | Telefone (DDD)             |

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

## Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Epitaciândia/AC, 28 de Janeiro de 2019

Local e Data

Anastácio Bispo Martins

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 recebimento da indenização no banco.

EU, ANASTACIO BISPO MARTINS

PORTADOR(A) DO RG Nº 318919 EXPEDIDO POR SSPIAC EM 31 / 10 / 18 E

CPF 632386592-00 / CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO \_\_\_\_\_

E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANASTACIO BISPO MARTINS AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT 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 pessoal, 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 Funcional.
- 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- 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 FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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) 3416 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 7.990-3

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.

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 vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

JT 57489386 5 BR

3390 3868 34

Anastácio Bispo  
MartinsECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS  
AG. 3300196 - AC EPITACIOLANDIA  
EPITACIOLANDIA - AC  
CNPJ. 34028316772181 Ins. Est.: 0100596800130

## COMPROVANTE DO CLIENTE

Movimento.: 29/01/2019 Hora.: 16:29:42  
Caixa.: 90166296 Matrícula.: 85776300  
Lancamento.: 029 Atendimento.: 00026  
Modalidade.: A Vista ID Tiquete.: 1591365842

| DESCRIÇÃO            | QTD. | PREÇO(R\$) |
|----------------------|------|------------|
| CARTA NAQ COML REGI  | 1    | 14,30+     |
| Valor do Porte(R\$)  | 2,80 |            |
| Valor do Seguro(R\$) | 0,00 |            |

OBJETO.: JT574893865BR

REGISTRO A VISTA.: 5,75  
AVISO DE RECEBIMENTO.: 5,75

Postagem ocorrida após o horário limite de postagem (DH), será acrescido 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega

Valor Declarado não solicitado(R\$)  
No caso de objeto com valor,  
utilize o serviço adicional de valor declarado.

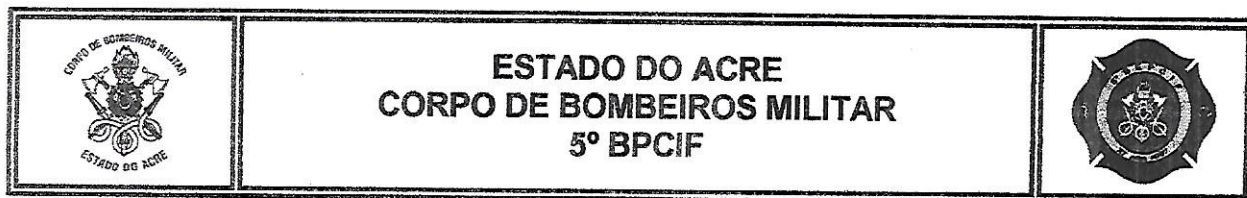
|                       |       |
|-----------------------|-------|
| TOTAL(R\$)=>          | 14,30 |
| VALOR RECEBIDO(R\$)=> | 50,00 |
| TROCO(R\$)=>          | 35,70 |

Postagem ocorrida após o horário limite de postagem (DH), será acrescido 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!  
Baixe o APP de Pre-Atendimento dos Correios

VIA-CLIENTE SARA 7.8.01



CERT. Nº 01/2019

Epitaciolândia- AC, 22 de janeiro de 2019.

## **CERTIDÃO DE SINISTRO**

Aos dois dias do mês de dezembro do ano de 2018 às 15h35min, atendendo solicitação do CIOSP-PM, uma Guarnição do 5º Batalhão de Proteção e Combate a Incêndio Florestal do Alto Acre, deslocaram-se na viatura Ambulância de placas ODR-3884, até o bairro liberdade, av. Amazonas, Epitaciolândia- AC, para atender uma ocorrência acidente de trânsito, um caminhão teria atingindo o senhor: **ANASTÁCIO BISPO MARTINS RG: 318919 CPF:632.386.592-00**, o mesmo estava orientado e apresentava sangramento causada por um corte na cabeça, escoriações pela face e membros superiores e inferiores . A vítima recebeu todos os procedimentos de A. P. H e foi conduzida ao Pronto Socorro de Brasília, ficando aos cuidados da equipe médica de plantão.

Após o atendimento a guarnição de bombeiros retornou ao Quartel do 5º BPECIF.

  
**UILDEMBERGUE LIMA DE SOUZA – 1ºTEN QOA BM**

Comandante do 5º BEPCIF.

  
**Marciana Gonçalves Freire – 3ºSGT BM**

Chefe da Seção de Ensino Instrução e Estatística-SEIE



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, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190186814

Vítima: ANASTACIO BISPO MARTINS

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARLIZIA MAIA GONDIM

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANASTACIO BISPO MARTINS

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você