



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

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

Dados Básicos

Foro:	Cruzeiro do Sul
Processo:	07026605220198010002
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	11/03/2020 16:09:04

Partes

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

Documentos

Petição:	2705338_CONTESTACAO_P ROTOCÔLADA_01 - 1-11.pdf
Anexo - Petição:	2705338_CONTESTACAO_P ROTOCÔLADA_Anexo_02 - 1-14.pdf
Anexo - Petição:	2705338_CONTESTACAO_P ROTOCÔLADA_Anexo_02 - 15-30.pdf
Anexo - Petição:	2705338_CONTESTACAO_P ROTOCÔLADA_Anexo_02 - 31-44.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 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CRUZEIRO DO SUL/AC

Processo: 07026605220198010002

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 **EGLADSON MELO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **11/08/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **11/08/2019**.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que não foram anexados aos autos documentação médica com a data do acidente em questão, não sendo possível afirmar se as lesões sofridas pelo autor foram em decorrência de acidente de trânsito sofrido em 11/08/2019.

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

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

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

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

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DA INÉPCIA DA INICIAL

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

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

DA AUSÊNCIA DO BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que não foi instruída com os documentos essenciais à propositura da ação.

O autor não acostou o boletim de primeiro atendimento médico, documento essencial para comprovar o nexo causal do acidente.

Não se pode olvidar acerca da existência de requisitos formais para o ajuizamento de qualquer demanda, os quais são tradicionalmente denominados na praxe forense de requisitos da petição inicial, estes elencados no art. 319 do Novo Código de Processo Civil, que pedimos escusas para transcrever, senão vejamos:

“Art. 319. A petição inicial indicará:

I - O juiz ou tribunal, a que é dirigida;

II - Os nomes, prenomes, estado civil, profissão, domicílio e residência do autor e do réu;

III - o fato e os fundamentos jurídicos do pedido;

IV - o pedido, com as suas especificações;

V - o valor da causa;

VI - as provas com que o autor pretende demonstrar a verdade dos fatos alegados;

VII - o requerimento para a citação do réu.”

Em prosseguimento, cumpre salientar o disposto no art. 330, I e parágrafo primeiro, Novo Código de Processo Civil, *ipsis literis*:

“Art. 330. A petição inicial será indeferida:

I - quando for inepta;

Parágrafo primeiro. Considera-se inepta a petição inicial quando

I – lhe faltar pedido ou causa de pedir;

II – o pedido for indeterminado, ressalvadas as hipóteses legais em que se permite o pedido genérico;

III – da narração dos fatos não decorrer logicamente a conclusão;

VI – contiver pedidos incompatíveis (...).”

Merece destaque, portanto, o disposto no art. 485, I, do Código de Processo Civil. Vejamos:

“Art. 485. Extingue-se o processo, sem resolução de mérito:

I - quando o juiz indeferir a petição inicial; (...);”

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto a comprovada omissão do autor com relação aos fatos narrado e o fato desta não ter colacionado aos autos documentos exigíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

DO MÉRITO

DO AUTOR EM TRATAMENTO MÉDICO

DA IMPOSSIBILIDADE DE VERIFICAR A EXISTENCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Trata-se de caso de invalidez em que o autor alega ser vítima de acidente de veículo automotor, resultando assim invalidez permanente. Assim supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à **INVALIDEZ PERMANENTE**.

Ocorre que o acidente em tela, foi objeto de análise por meio da perícia técnica, onde ficou **DIAGNOSTICADO QUE A VÍTIMA AINDA PERMANECE EM TRATAMENTO, NECESSITANDO DE EXAMES COMPLEMENTARES PARA SE CONCLUIR SE SUA CONDIÇÃO FÍSICA É DE INVALIDEZ PERMANENTE OU NÃO**.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA	
Data da análise:	03/01/2020
Valoração do IML:	0
Perícia médica:	Não
Diagnóstico:	FRATURA DE FÊMUR. (LATERALIDADE NÃO INFORMADA)
Resultados terapêuticos:	TRATAMENTO CIRÚRGICO.
Sequelas permanentes:	
Sequelas:	Em tratamento
Documento/Motivo:	
Nome do documento faltante:	
Apontamento do Laudo do IML:	
Conduta mantida:	
Quantificação das sequelas:	
Documentos complementares:	
Observações:	CONFORME RELATÓRIO MÉDICO - DR. FÁBIO PIMENTEL - PÁG 1 - CRM: 1106 - AC - VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

Logo, SE NÃO HÁ COMO SE CONCLUIR PELA SUPOSTA INVALIDEZ do interessado, uma vez que ainda não se esgotou todas as possibilidades de tratamento ortopédicas necessários para uma possível melhora ou até mesmo cura do autor, **não há como se apurar o grau da invalidez permanente que o autor, porventura, venha a ser portador no futuro, isto se for o caso de não haver sucesso na recuperação do autor com o fim do tratamento que o mesmo se presume está submetido.**

Desta forma, requer a Ré, que a presente demanda seja julgada **EXTINTA SEM JULGAMENTO DO MÉRITO**, para que o autor aguarde o fim do tratamento médico que se encontra acometido, e ao final do tratamento seja dado um parecer final e conclusivo pelo médico perito, esclarecendo a existência de invalidez total ou parcial, e o percentual da invalidez atingida, caso não seja curado o autor, na forma do art. 485, inciso VI do Código de Processo Civil.

Não sendo o entendimento deste juízo, requer o sobrestamento do feito, para término do tratamento, para que **APÓS O AUTOR SEJA SUBMETIDO A NOVA PERÍCIA, SENDO QUE O PERITO DEVERÁ ESCLARECER O GRAU DA INVALIDEZ DA VÍTIMA**, ora autor, se acaso este restar inválido permanentemente.

Reforça o requerimento supra, ante a ausência de qualquer prova nos autos a respeito da alegada invalidez permanente, o que torna impossível a aplicação da legislação em espécie, eis a impossibilidade de se condenar a

ré, sem que seja indicado e respeitado o percentual de invalidez consoante tabela de cálculos de indenização. Informando a ré, que seu pedido tem respaldo, ainda, no art. 5º, § 5º da Lei 6.194/74.

Caso não seja este o entendimento do i. Magistrado, requer a suspensão do processo e a intimação da parte autora para que manifeste sua concordância ou não quanto a suspensão da presente ação até finalização da regulação do pedido administrativo (pagamento/negativa/cancelamento) ou mesmo sua opção pela desistência da regulação administrativa e prosseguimento da ação judicial.

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

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

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

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

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

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

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

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

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

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

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA

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

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

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

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

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

⁷ **art. 1º. (...)**

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

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.

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 honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CRUZEIRO DO SUL, 10 de março de 2020.

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **EGLADSON MELO DA SILVA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **CRUZEIRO DO SUL**, nos autos do Processo nº 07026605220198010002.

Rio de Janeiro, 10 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ 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. **07026605220198010002**, que tramita **2ª** VARA CÍVEL da comarca de **CRUZEIRO DO SUL/AC**.

Rio de Janeiro, 10 de março de 2020.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

Eletroacre Energisa

Para contato com a
Eletroacre Energisa,
Informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0425339-6

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães, 228 - Bongi - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.253.000/1-70 | Inscricao estadual: 01.004.141/001-45
Nº de Fator: 1 / Data de Emissão: 08/10/2019

Nº de Nota Fiscal

005939771

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA Nº	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	16/10/2019	144	135,11

FCA ARSON NELO DA SILVA
TV POSSIDONIO RODRIGUES 176 C25 DO SUL
CPF: 00065668925268
CEP: 69.980-000 - CRUZEIRO DO SUL
ROT: 9.040.09.04.011940

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	1058	Atual:	10/10/2019
Anterior:	914	Anterior:	10/09/2019
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:	08/11/2019
Consumo Medido:	144	Então:	08/10/2019
Consumo Fatorado:	144	Aproximado:	10/10/2019
FCAM			

Forma de Faturamento: FATORIAL Código de regularidade: 30 Dias de Carência:

Classificação	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Fato	Medida 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	MON18107846		1.1.1.1	152

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
SET/19 69	CONSUMO 144 A R\$ 0,838857 =	120,79
AGO/19 150	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	12,91
JUL/19 146	CORRECAO MONETARIA JG 09/19-00	
JUN/19 167	MULTA POR ATRASO 09/19-00	
MAI/19 180	JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00	
ABR/19 202		
MAR/19 0		
FEV/19 0		
JAN/19 0		
DEZ/18 0		
TARIFA COM T218/19:		
E A 100 - 0,527718		

Comprovante de residencia



MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

Parabéns! Até o dia 08/10/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 0259.F826.4017.51C5.8C24.92C6.E4B9.0C36

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/ENCARGOS - R\$	
Distribuição:	33,00	Base de Cálculo:	120,79
Energia:	39,84	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	1,01	Valor do ICMS:	30,19
Encargos:	11,64	Valor do PIS:	0,66%
Tributos:	34,78	Valor do COFINS:	3,07%

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC		FIC		DMIC		DMFI	
	Anual	Trimestral	Anual	Trimestral	Anual	Trimestral	Anual	Trimestral
Unidade	12,71	25,43	30,86	7,27	18,54	29,08	6,48	
Período	0,00			0,00		0,00		

Conta: CRUZEIRO DO SUL Período de emissão: 08/2019 custo: 55,70

ROT: 9.040.09.04.011940

Eletroacre Energisa

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães, 228 - Bongi - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.253.000/1-70 | Inscricao estadual: 01.004.141/001-45

SEU CÓDIGO

0425339-6

TOTAL A PAGAR - R\$

135,11

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

16/10/2019

Nº da Nota Fiscal

005939771 FCAH

83620000001 3 35110045000 3 00000000425 9 33961019000 6



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Rio Branco - AC
CEP: 06.065.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.004.141/0001-46
Nota Fiscal / Cartão de Crédito / Débito - São Paulo

IP de Nota Fiscal 005385888

o Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEL foi aplicada
pelo Lote nº 10.456 de 26 de abril de 2017.

CONTABILIZADO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	20/08/2019	353	335,38

PLATA SILVEIRA DE OLIVEIRA
R. LUIZ DE SOUZA (RURAL) 131 NOVA OLINDA (RURAL)
CNPJ: 00003549059108 ROT: 28.040.28.05.011290
CEP: 69.080-000 - CRUZEIRO DO SUL

DADOS DA LEITURA		KWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		13142	Atual:	13/08/2019
Anterior:		12789	Anterior:	12/07/2019
Consumo de Multiplicação		1.000	Próxima Leitura:	11/09/2019
Consumo Medido:		353	Unidade:	12/08/2019
Consumo Faturado:		353	Apresentação:	13/08/2019
		FCAH	23	

Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Integridade:

Órgão de Controle: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe Consumidor	Edição	Número Medidor	Posto	Código Fato
RESIDENCIAL	01	8063382		1.1.1.2

HISTÓRICO KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	KWh		
JUL/19	267	CONSUMO	353 A R\$ 0,841929 = 297,28
JUN/19	259	CONTA ILUMINACAO PUB. (COSIP)	31,65
MAT/19	458	CORRECAO MONETARIA IG 07/19-08	0,98
ABR/19	584	MULTA POR ATRASO 07/19-08	4,35
MAR/19	529	JUROS DE MORA DE INPO 07/19-08	1,22
FEV/19	293		
JAN/19	124		
DEZ/18	253		
NOV/18	263		
OUT/18	250		
TARIFA SDN TRIPLO:			
R\$ 353 - 0,951110			

MENSAGENS IMPORTANTES / ATRASO DE VENCIMENTO

Parabéns! Até o dia 12/08/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 0727.98DD.9134.A04A.14A4.9583.6196.CEE4

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS (R-RATIOS) R\$	
Descontos:	79,10	Base de Cálculo:	297,28
Exemplos:	102,89	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissões:	2,40	Valor do ICMS:	74,30
Encargos:	27,43	Valor do PIS:	0,71%
Tributos:	86,18	Valor do COFINS:	3,20%

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DRC		FRC		DMAC		DMCT
	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal
Unidade	18,36	56,72	73,45	11,65	23,31	46,62	9,77
Resposta	1,21		2,00				1,01

Composto CRUZEIRO DO SUL

Período de
armazenamento: 06/2015

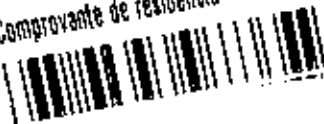
R\$ 96,17

ROT: 28.040.28.05.011290

83640000003 7 35380045000 2 00000000370 7 83570819008 6



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Halô Silveira de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 035 2490 591 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Eglaudson Melo do Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 656.898.252/68
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade Permanente da vítima Eglaudson Melo do Silva
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 656.898.252/68 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Advogado Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. Rodrigues Alves</u>	Número: <u>340</u>	Complemento: <u>Sala 04</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Cruzada Sul</u>	Estado: <u>ACRE</u>
E-mail: <u>haloqueira@gmail.com</u>	CEP: <u>69980-000</u>	Tel.(DDD): <u>68 99602 3331</u>

Local e Data: Cruzada Sul, 05 de Dezembro de 2019

Assinatura do Declarante

Declaração Circular SUSEP 445/12





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível na endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF³.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TCM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Halô Silveira de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 03.53490.591/08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Eglaudes Uchôa do Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 656.898.252/68
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade Permanente da Vítima Eglaudes Uchôa do Silva

inscrito (a) no CPF sob o nº 656.898.252/68, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: Advogado Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. Rodrigues Alves</u>	Número: <u>340</u>	Complemento: <u>Sala 01</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Cruzada Sul</u>	Estado: <u>Arne</u>
E-mail: <u>Halogueira@gmail.com</u>	CEP: <u>69920-000</u>	Tel.(DDD): <u>68 996023331</u>

Local e Data: Cruzada Sul, 05 de Dezembro de 2019

Assinatura do Declarante

Declaração Circular SUSEP 445/12





HOSPITAL REGIONAL DO JURUÁ

Av. 25 de Agosto, 5121 - Aeroporto Velho

Cruzeiro do Sul - AC. 69.980-000

Fone: (68) 3322 5516 / Fax: 3322 4037

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: CLAYSON NELO DA SILVA Idade: _____

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE ADMITIDO
EM TRATAMENTO MÉDICO
DE FRATURA DE FÊMUR
SEM SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA
POR 120 (CENTO E Vinte) DIAS
CID: S720

Cruzeiro do Sul - AC,

30, 09, 2019

Dr. Fabio Loureiro Pimenta
Ortopedista
CRM 1196
RQE 199

Médico (a)



HOSPITAL REGIONAL DO JURUA

Av. 25 de Agosto, 5121 - Aeroporto Velho

Cruzeiro do Sul - AC, 69.980-000

Fone: (68) 3322 5516 / Fax: 3322 4037

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

Eduardo Melo de Siqueira

Idade:

Leudo oftalmológico

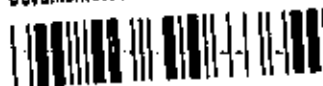
*Presf em afecção
do fr. Supra citando que
ao exame apresenta:*

*Biomicroscopo e fundo
coro dentro da normalidade
del e em relação a idade
Deverá ser avaliado com
Cruzeiro do Sul AC, 20/10/13*

*por haver os seguintes
pos. transtorno*

Médico (a)

23/10/13



HOSPITAL REGIONAL DO JURUÁ

Av. 25 de Agosto, 5321 - Aeroporto Velho

Cruzeiro do Sul - AC. 69.980-000

Fone: (68) 3322 5516 / Fax: 3322 4037

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: ELIAS CARLOS DA SILVA Idade: _____

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE ADMITIDO
EM TRATAMENTO MÉDICO
DE FRACTURA DE FÊMUR
SEM SOLICITAÇÃO DE FARMACOS
POR 120 (CENTO E VINTA) DIAS
CTG. 5720

Cruzeiro do Sul - AC, 30/09/2019

Dr. Fabio Loureiro Pimenta
Ortopedista
C.R. 1106
R.O. 1234

Médico (a)



HOSPITAL REGIONAL DO JURUÁ

Av. 25 de Agosto, 5121 - Aeroporto Velho

Cruzeiro do Sul - AC. 69.980-000

Fone: (68) 3322 5516 / Fax: 3322 4037

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

Eduardo Melo de Silva

Idade:

Leucoma ofthalmologia

Atend em especial
do Sr. Supra citado com
do exame apresenta:

Gravidade e fúria
com dentro da normalidade
do a lesão da retina
Deverá ser avaliado em

Cruzeiro do Sul

Dr. Paulo D. O. Costa

por haver lesão
por traumática

Médec (a)

73/10/13

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
RUBENDEO FETIMATO DE MELO

Nome: EGLADSON MELO DA SILVA

Função:
ANTÔNIO REGIO DA SILVA
LUCILA MELO DA SILVA

DATA NASCIMENTO: 08/08/1978
NATURALIDADE: CRUZEIRO DO SUL-AC
TIPO DE TITULO: EM REGISTRO
ORGAO EMISSOR: SSP-AC

Egladson Melo da Silva
*SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEDNº 733.16 DE 29 DE AGOSTO DE 1988

CPF 088.892.252-88
RG 303.740 2ª VIA
DATA DE EMISSÃO 29/03/2019

Nome: EGLADSON MELO DA SILVA
CERT. NASC. Nº: 0023709 - LIV. 00024 - FL. 028 - CARTÓRIO CRUZEIRO DO SUL-AC

T. TITULO	CPF	RG	UF	POLEGAR DIREITO
IDENTIDADE PROFISSIONAL	088888888888	303740	AC	
IDENTIDADE PROFISSIONAL	088888888888	303740	AC	
IDENTIDADE PROFISSIONAL	088888888888	303740	AC	
IDENTIDADE PROFISSIONAL	088888888888	303740	AC	
IDENTIDADE PROFISSIONAL	088888888888	303740	AC	

SANDEO ROBERTO OLIVEIRA ROCHA
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO ACRE
IDENTIDADE DE ADVOGADO

CPF

HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

matrícula

ALDAR QUEIROZ DA COSTA
ZILDA MARIA DA SILVEIRA DA COSTA

NATURALIDADE

AMORINÓPOLIS-GO

RG

5568565 - SSP GO

DATA DE ASSINATURA / TITULO

NÃO DECLARADO

DATA DE NASCIMENTO

02/03/1982

CPF

035.490.591-00

DT

01 08/04/2018

MARCUS VINICIUS JARDIM RODRIGUES
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO

4667

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.961/94)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13247412



Assinatura do titular
[Assinatura manuscrita]



Bibliography:

[illegible]

Documentos de identificação



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO ACRE
IDENTIDADE DE ADVOGADO

CPF

HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

PROFISSÃO

ALOIR QUEIROZ DA COSTA
ZILDA MARIA DA SILVEIRA DA COSTA

RESIDÊNCIA

AMORINÓPOLIS-GO

RG

5568565 - SSP GO

OUTRO DO APLICADO: NENHUM

NÃO DECLARADO

DATA DE EMISSÃO

02/03/1982

035-480.591-08

01 08/04/2010

WALDIR VONCZAK JUNIOR PRESIDENTE

NUMERO

4667



TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13247412

USO OBLIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(ART. 13 DA LEI Nº 8.162/91)

GAB

ESTADO DO ACRE

HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 014398458057
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 RENOVAÇÃO 00994029266 R.N.T.R.C. 2019

NOME CLEIDOM RODRIGUES MATA
AC

CPF / CNPJ 003.125.892-12 PLACA NXR7831

PLACA ANT / UP NXR7831 AC CHASSI 9C2KC1680ER516496

ESPECIE TIPO PAS/NOTOCICLO PLACA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA *PABO* VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC. COTAS 2ª VENC. COTAS 3ª
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
** PABO COTA ÚNICA **

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGU R\$0.22 R\$84.58 27/02/2019

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BEN. TRIBUTÁRIO *

LOCAL / DATA CRUZEIRO DO SUL AC 28/02/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

AC Nº 014398458057 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 28/02/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 003.125.892-12 PLACA NXR7831

RENOVAÇÃO 00994029266 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB. 2014 CATEG. 9 CHASSI 9C2KC1680ER516496

PREMIO TARIFÁRIO

R\$36.05 R\$1.01 R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SERVIÇO PRÉ SEGURO (R\$)
R\$4.15 R\$0.32 R\$84.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 27/02/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.245.888/0001-04

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 014398458057
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 ODD. RENOV. 0099407966 PLACA 2019

NOME DO PROPRIETÁRIO
CLEIDSON RODRIGUES RITA
AC

CPF/CNPJ 003.125.892-12 PLACA NXR7831

PLACA ANT. / UF NXR7531 AC

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO PLACA 2019

COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN

ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP. / POT. / CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA *PAGA VENC. COTA ÚNICA 1º

PARCELAMENTO / COTAS 2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$0.32 R\$84.58 DATA DE PAGAMENTO 27/02/2019

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BEN. TRIBUTÁRIO

LOCAL CRUZEIRO DO SUL AC DATA 28/02/2019

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

AC Nº 014398458057 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SNC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 28/02/2019

VIA 01 ODD. RENOV. 003.125.892-12 PLACA NXR7831

RENAVAM 0099407966 HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB. 2014 ANO MOD. 9

CHASSI 9C2KC1660ER516496

PREMIO TARIFARIO R\$36.05 R\$0.32 R\$40.06

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$4.15 R\$0.32 R\$44.58

DATA DE QUITAÇÃO 27/02/2019

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464335/19

Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA

CPF: 656.899.252-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/08/2019

Titular do CPF: EGLADSON MELO DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



HALA SILVEIRA DE QUEIROZ : 035.490.591-08

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EGLADSON MELO DA SILVA : 656.899.252-68

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: 20/12/2019
Nome: EGLADSON MELO DA SILVA
CPF: 656.899.252-68

EGLADSON MELO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Comércios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055656/20

Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA

CPF: 656.899.252-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2019

Titular do CPF: EGLADSON MELO DA
SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



HALA SILVEIRA DE QUEIROZ : 035.490.591-08

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EGLADSON MELO DA SILVA : 656.899.252-68

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: 10/02/2020
Nome: HALA SILVEIRA DE QUEIROZ
CPF: 035.490.591-08

HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASL ou Processo

3190 714989

() Aguardando status e/ou Erro sistêmico

(X) Solicitação 07

() Solicitação 06

(/) Caixa Redistribuição

() Atraso por consulta ao site da Receita Federal

() Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
04/02/20	10/02/2020

06/02/20 - Cane.

Nome: Rodrigo Pacheco

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190714989 **Cidade:** Cruzeiro do Sul **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR. (LATERALIDADE NÃO INFORMADA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO - DR. FÁBIO PIMENTEL - PÁG 1 - CRM: 1106 - AC - VÍTIMA EM TRATAMENTO, DATADO DE 30/09/2019

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190714989 **Cidade:** Cruzeiro do Sul **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR. (LATERALIDADE NÃO INFORMADA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO - DR. FÁBIO PIMENTEL - PÁG 1 - CRM: 1106 - AC - VÍTIMA EM TRATAMENTO.

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



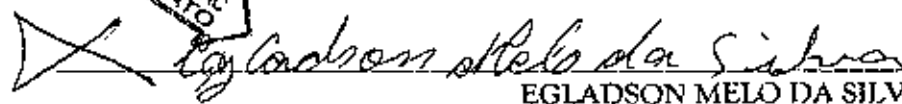
OUTORGANTE: EGLADSON MELO DA SILVA, brasileiro, solteiro, ajudante de pedreiro, inscrito no *Cadastro Nacional de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF)* sob o nº. 656.899.252-68, residente e domiciliada na Travessa Possidônio Rodrigues, nº 176, Bairro do Remanso em Cruzeiro do Sul.

OUTORGADOS: CLEUBER MARQUES MENDES, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/GO sob o nº 22.702 e OAB/AC sob o nº 4.068-A, LEONARDO THOMÉ DOMINGOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/GO sob o nº 21.017 e OAB/AC sob o nº 4.067-A, e HALÂ SILVEIRA DE QUEIROZ, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/AC sob o nº 4.667, integrantes da sociedade **MARQUES & THOMÉ SOCIEDADE DE ADVOGADOS S/S**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita na OAB/AC sob o nº 185, com endereço na Avenida Coronel Mâncio Lima, nº 471, Bairro da Baixa, em Cruzeiro do Sul, Estado do Acre.

PODERES: Confere poderes para o foro em geral, com cláusula *ad judicium et extra*, a fim de que possam praticar, em conjunto ou separadamente, todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, dentre os quais, propor ações em qualquer instância ou tribunal, defendê-la nas contrárias, firmar compromissos, receber e dar quitação, renunciar, confessar, assinar quaisquer documentos, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer, arrolar, transigir, desistir, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, apresentar memoriais, formar os documentos necessários, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhes convier, desde que relacionados à consecução de seguro DPVAT, dando tudo por certo, firme e valioso.

Cruzeiro do Sul, 10 de Dezembro de 2018.




EGLADSON MELO DA SILVA

Outorgante

TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

TABELIÃO - REGISTRADOR - CLEBER CORRÊA

Av. Rodrigues Alves, 60 - Sala 08 - Cruzeiro do Sul / AC - CEP 69060-000 - Fone: (68) 3332 8157 - cartorio@registrocivil.com.br

Cód. 224701. Reconhecimento por SEMELHANÇA a(s) assinatura(s) de:

(1) **OLASSON MELO DA SILVA**

Cruzeiro do Sul, 08 de dezembro de 2018 - 14:24:31. CD00008066. Cód.

Validação: 61A72. Valde em: go.tj.ac.jus.br

Total: R\$ 3,40 Em testemunho de verdade.

FELICIANO COSTA MUNIZ - Escrevente

Felício da Costa Muniz
Escrevente Autorizado
Av. Rodrigues Alves, 60
Horizonte - Cande - Sala 03/04/05
Tel. 3332 8157



OUTORGANTE: EGLADSON MELO DA SILVA, brasileiro, solteiro, ajudante de pedreiro, inscrito no *Cadastro Nacional de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF)* sob o nº. 656.899.252-68, residente e domiciliada na Travessa Possidônio Rodrigues, nº 176, Bairro do Remanso em Cruzeiro do Sul.

OUTORGADOS: CLEUBER MARQUES MENDES, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/GO sob o nº 22.702 e OAB/AC sob o nº 4.068-A, LEONARDO THOMÉ DOMINGOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/GO sob o nº 21.017 e OAB/AC sob o nº 4.067-A, e HALÂ SILVEIRA DE QUEIROZ, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/AC sob o nº 4.667, integrantes da sociedade MARQUES & THOMÉ SOCIEDADE DE ADVOGADOS S/S, pessoa jurídica de direito privado, inscrita na OAB/AC sob o nº 185, com endereço na Avenida Coronel Mâncio Lima, nº 471, Bairro da Baixa, em Cruzeiro do Sul, Estado do Acre.

PODERES: Confere poderes para o foro em geral, com cláusula *ad iudicium et extra*, a fim de que possam praticar, *em conjunto ou separadamente*, todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, dentre os quais, propor ações em qualquer instância ou tribunal, defendê-la nas contrárias, firmar compromissos, receber e dar quitação, renunciar, confessar, assinar quaisquer documentos, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer, artolar, transigir, desistir, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, apresentar memoriais, formar os documentos necessários, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade parastatal, bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhes convier, *desde que relacionados à consecução de seguro DPVAT*, dando tudo por certo, firme e valioso.

Cruzeiro do Sul, 10 de Dezembro de 2018.



X


EGLADSON MELO DA SILVA

Outorgante

TABEJONATO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

TABULIÃO - REGISTRADOR - CLEBER CORRÊA

Av. Rodrigues Alves, 60 - Sala 05 - Centro do SLI - CEP 03060-000 - Fone: (08) 3322-3157 - registrocivil@registrocivil.com.br

Cód. 224701. Recolhido por SEMELHANÇA a(s) assinaaturo(s) de:

(1) ESPANHOLO MELLO DA SILVA

Divisão de SLI, 05 de dezembro de 2015, 14:24:31. CD0000B0E6. Cód.

Validação: E1A72. Valde em: 15/12/2015.

-Total: R\$ 3,40. Em testamento de verdade.

PRÉCIO DA COTA MUNIC - Escravento

Felício da Costa Myniz
Escrivão Autorizado
Av. Rodrigues Alves, 60
Hortência, Centro - Sala 03/04/05
Tel. (08) 3322-3157

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464335/19

Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA

CPF: 656.899.252-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/08/2019

Titular do CPF: EGLADSON MELO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

HALA SILVEIRA DE QUEIROZ : 035.490.591-08

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EGLADSON MELO DA SILVA : 656.899.252-68

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: 20/12/2019
Nome: EGLADSON MELO DA SILVA
CPF: 656.899.252-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

EGLADSON MELO DA SILVA

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055656/20

Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA

CPF: 656.899.252-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EGLADSON MELO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

HALA SILVEIRA DE QUEIROZ : 035.490.591-08

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EGLADSON MELO DA SILVA : 656.899.252-68

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: 10/02/2020
Nome: HALA SILVEIRA DE QUEIROZ
CPF: 035.490.591-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

Nathalia Beatriz Braga Costa

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190714989

Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EGLADSON MELO 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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190714989

Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), EGLADSON MELO DA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15325615



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 35 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0803 CONTA: 00877708

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Cruzzeira de Sul - AL, 05 de Dezembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 656.899.252-68 4 - Nome completo da vítima: Enladson Melo da Silva

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

5 - Nome completo: EGLADSON MELO DA SILVA 6 - CPF: 656.899.252-68
7 - Profissão: SERVENTE 8 - Endereço: TV POSSIDONIO RODRIGUES 9 - Número: 176 10 - Complemento:
11 - Bairro: REMANSO 12 - Cidade: CRUZEIRO DO SUL 13 - Estado: AC 14 - CEP: 68980000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 99978-8856

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Autorização de pagamento

AGÊNCIA:
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (vel nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, 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.

34

1. Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Enladson Melo da Silva
vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

TABELIÃO - REGISTRADOR - CLEBER CORREIA
Av. Rodrigues Alves, 80 - Sala 03 - Centro do Sul IAG - CEP 05920-000 - Fone: (06) 3322 8191 - atendimento@tabbomil.com

Cód. 226185. Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de:

(1) **DEGLASSON MELLO DA SILVA**

Cruzeiro do Sul, 27 de Janeiro de 2020. R\$ 3,50. Cód. 000000007. Cód.

Validação: 861AB. Valde em: São Paulo

Total: R\$ 3,50. Em testemunho da verdade.

ANTONIO CRISTIAN LOPES DE PAULA - Escrevente

Antonio Cristiano L. de Paula
Escrevente Autorizado
Cartão Juris

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01a16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
-------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorialider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 9135

PEDIDO DO SEGURO DPV

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

656.899.252-61

4 - Nome completo da vítima:

Eglodir Mello da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo:

Eglodir Mello da Silva

6 - CPF:

656.899.252-61

7 - Profissão:

segurante

8 - Endereço:

Imaculado Conceição Rodrigues

9 - Número:

176

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Paraisópolis

12 - Cidade:

Cruzília de Sul

13 - Estado:

Alagoas

14 - CEP:

35.980-000

15 - E-mail:

halaguisa@protonmail.com

16 - Tel.(DDD):

68.99602.33.71

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECURSO INFORMAR

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0803

CONTA: 0087770

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros (ou sucessores)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: Cruzília de Sul - AL, 05 de Dezembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
- POLÍCIA MILITAR -



WV

FATO: ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA	Nº BO 687	Despacho: 08
	DATA: 11.08.2019	HORA: 21h00min

LOCAL			
Logradouro: RUA GOIAS/ RUA BENJAMIN CONSTANT			
Bairro: COBAL	Referência: PRÓXIMO ANTIGA MERCEARIA EMANUELE		Nº S/N
Município: Cruzeiro do Sul	UF: AC	CEP: 69980-000	Tipo de Local: VIA PUBLICA

Envolvida "A" CONDUTOR / VITIMA			
Nome: DANILO MENEZES MELO		Sexo: M	Data Nasc: 13.10.1992
Endereço: RUA SANTA LUZIA, 502, TIRO AO ALVO			
CPF: 033.630.052-28	RG: 12461032 SSP/AC	Telefone:	
Lesões: FRATURA, PANCADA NA CABEÇA, ESCORIAÇÕES			
Marca/Modelo: HONDA CG 150 TITAN	Placa: MZT 2086	Município: CRUZEIRO DO SUL	UF: AC
Espécie: PASSAGEIRO	CHASSI: 9C2KC15208R108445		
Avarias: QUEBRAMENTO GRANDE MONTA SETOR FRONTAL			

Envolvido "B" CONDUTOR/VITIMA			
Nome: EGLADSON MELO DA SILVA		Sexo: M	Data Nasc:
Endereço: BAIRRO DO ALUMINIO, PROXIMO A JURUA FITNESS			
CPF:	RG:	Telefone:	
Lesões: FRATURA, PANCADA NA CABEÇA, ESCORIAÇÕES			
Marca/Modelo: HONDA CG 150 TITAN	Placa: NXR 7831	Município: CRUZEIRO DO SUL	UF: ACRE
Espécie: PASSAGEIRO	CHASSI: 9C2KC1660ER516496		
Avarias: QUEBRAMENTO, AMASSAMENTO			

Histórico:

INFORMATIVO

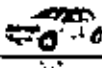
INFORMO QUE A RP 02 COMANDADA PELO SGT PAULO ROBERTO, SE DEPAROU COM UM ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA E PEDIU NOSSO AUXILIO. NO LOCAL, AS VITIMAS ESTAVAM CAIDAS A ESPERA DA SAMU. QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE, NÃO HAVIA TESTEMUNHAS, MOTIVO PELO QUAL NÃO PODEMOS SABER EM QUE DIREÇÃO OS DOIS VEÍCULOS TRAFEGAVAM. APÓS O ATENDIMENTO MÉDICO, A PERÍCIA ESTEVE NO LOCAL PARA PRECISAR COMO SE DEU A COLISÃO. FOMOS AO PS E NOS FOI INFORMADO QUE AMBAS AS VITIMAS IRIAM SER LEVADAS PARA FAZER TOMOGRAFIA E DEPOIS PARA A UTI, PARA DEPOIS PASSAREM POR PROCESSO CIRÚRGICO. O VEÍCULO DE PLACA MZT 2086 FOI LEVADA PARA O PÁTIO DA 1ª CIRETRAN POR NÃO HAVER NENHUMA PESSOA QUE FICASSE SOB A RESPONSABILIDADE, E A OUTRA MOTO FOI ENTREGUE PARA O PROPRIETÁRIO MEDIANTE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO EM DIAS 999842587

Boletim de ocorrência



EFETIVO EMPENHADO: TEN BIRIMBA, SGT FIGUEIREDO

Recibo de Entrega			
Unidade de Entrega: DPG		Data: 12.08.2019	Hora: 10h30
Nome: CLAUDIO	Função: APC	Assinatura: <i>[assinatura]</i>	

DETRAN ACRE DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO		Novo Acre GOVERNO DO ESTADO DO ACRE		BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO		01 NÚMERO BAT 0021324 NÚMERO FOLHA	
02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA RUA EDIAT / RUA BENJAMIN CONSTANT				03 MUNICÍPIO 2024		04 UF AC	
05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC... PRÓXIMO CRUZAMENTO MANAUA				06 HORA DA OCORRÊNCIA 9:00		07 ZONA RURAL / URBANA ☒ RURAL ☐ URBANA	
08 DATA 14/02/2024				09 DIA DA SEMANA DOMINGO			
10 NATUREZA DO ACIDENTE		11 TIPO DE PAVIMENTO		12 CONDIÇÕES DA VIA		13 CONDIÇÕES DO TEMPO	
ATROPELAMENTO ☐ 1 COLISÃO ☒ 3 TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5 CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7 OUTRA (ESPECIFICAR) ☐ 9		ASFALTO ☒ 1 CONCRETO ☐ 3 PARALELEPÍEDO ☐ 5 CASCALHO ☐ 7 TERRA ☐ 9 AREIA ☐ 2		SECA ☒ 1 MOLHADO ☐ 3 OLEOSA ☐ 5 ENLAMEADA ☐ 7 DANIFICADA ☐ 9 OBRAS ☐ 2		BOM ☒ 1 CHUVA ☐ 3 NEBLINA ☐ 5 GAROA ☐ 7	
14 Nº DE VEÍCULOS 02				15 Nº DE VÍTIMAS 02 224 VÍTIMAS SEM VÍTIMAS			
VEÍCULO / CONDUTOR				16 NOME DO CONDUTOR DAVID MENDES MORAIS		17 SEXO M	
				18 NASCIMENTO 14-06-2024			
				19 ENDEREÇO RUA SANTA LUZIA, 502, TIPO DO ALUGADO			
				20 1ª HABILITAÇÃO 48-05-2014		21 CATEGORIA A	
				22 PRONTUÁRIO 06155403884		23 UF AC	
24 EX. MÉDICO EM DIA ☒ SIM ☐ NÃO		25 USAVA CINTO ☒ SIM ☐ NÃO		26 USAVA CAPACETE ☒ SIM ☐ NÃO			
27 MARCA HONDA CG 150 PIR		28 ESPÉCIE MOTO CILLO		29 PLACA AC 7T 2466		30 MUNICÍPIO C. 20 SUL	
31 UF AC		32 NOME DO PROPRIETÁRIO JOSE MARGES BALBOISA FILHO		33 ENDEREÇO			
34 CHASSIS 9C2KCL520912108445				35 COMPARECEU NO POSTO ☒ SIM ☐ NÃO			
36 AVÁRIAS DOUÇAMENTO GRANDE MANEIRA SEM FURTO				PONTOS		37 CARRO 	
38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA SE, INFONTE						39 MOTO 	
40 AÇÃO DO CONDUTOR COM BOM SENS						41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO ☒ SIM ☐ NÃO	
42 NOME DO CONDUTOR CECÍLIA ALVES DA SILVA				43 SEXO F		44 NASCIMENTO 11/11/1991	
45 ENDEREÇO Bairro de Amapá, 138, JUNA FIDELIS							
46 1ª HABILITAÇÃO		47 CATEGORIA		48 PRONTUÁRIO		49 UF	
50 EX. MÉDICO EM DIA ☒ SIM ☐ NÃO		51 USAVA CINTO ☒ SIM ☐ NÃO		52 USAVA CAPACETE ☒ SIM ☐ NÃO			
53 MARCA HONDA CG 150 PIR		54 ESPÉCIE MOTO CILLO		55 PLACA AC 7R 3831		56 MUNICÍPIO C. 20 SUL	
57 UF AC		58 NOME DO PROPRIETÁRIO CECÍLIA ALVES DA SILVA		59 ENDEREÇO			
60 CHASSIS 9C2KCL1066EN516496				61 COMPARECEU NO POSTO ☒ SIM ☐ NÃO			
62 AVÁRIAS PUEZAMENTO ATRASADO				PONTOS		63 CARRO 	
64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA SE, INFONTE						65 MOTO 	
66 AÇÃO DO CONDUTOR COM BOM SENS						67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO ☒ SIM ☐ NÃO	
TESTEMUNHAS				68 NOME		69 SEXO ☒ M ☐ F	
				70 NASCIMENTO			
				71 ENDEREÇO		72 IDENTIDADE Nº	
				73 ÓRGÃO EMISSOR		74 UF	
75 NOME		76 SEXO ☒ M ☐ F		77 NASCIMENTO			
78 ENDEREÇO		79 IDENTIDADE Nº		80 ÓRGÃO EMISSOR		81 UF	

VÍTIMAS	82 NOME	DANIEL M. MOTA			83 SEXO	M ☒ F ☐	84 NASCIMENTO	14/01/1983
	85 ENDEREÇO	Avenida LUIZ, 502, D. 4, Al. 4			86 FERIMENTOS	LEVES ☐ GRAVES ☒ FATAIS ☐	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº	4
	88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUZIDA ☒ PASSAG. ☐ PEDESTRE ☐ 5	89 CONDUZIDA PARA		PS			
	91 NOME	EUGENIO M. DA SILVA			92 SEXO	M ☒ F ☐	93 NASCIMENTO	
	94 ENDEREÇO	Bairro ALVAREZ			95 FERIMENTOS	LEVES ☐ GRAVES ☒ FATAIS ☐	96 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº	2
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUZIDA ☒ PASSAG. ☐ PEDESTRE ☐ 5	89 CONDUZIDA PARA		PS			

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

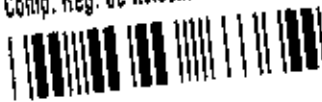
A PERÍCIA ESTÁ NO LUGAR

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Conforme B.O. 689 G DETACHADO na 7ª rota em 14/01/89

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	U1	103 MOTORISTA	U2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO	365 / M	
105 NOME	DANIEL M. MOTA	106 NOME	EUGENIO M. DA SILVA	107 NOME / RG	FLAVIO NEVES 3261	
108 ASSINATURA		109 ASSINATURA		110 ASSINATURA		
111 LOCAL	C. no. 502 - AL. 4				112 DATA	21/08/89



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



DECLARAÇÃO

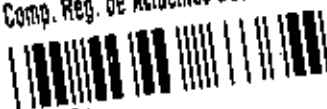
Declaro para os devidos fins que, no dia 11/08/2019, às 20:55, recebemos uma ligação solicitando atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU para o senhor **EGLADSON MELO DA SILVA**, 41 anos idade, vítima de acidente de trânsito, **COLISÃO MOTO X MOTO**, no bairro do Remanso, no cruzamento próximo ao Craveiro Costa, no município de Cruzeiro do Sul. Chegando ao local, a vítima encontrava-se ao solo com rebaixamento do nível de consciência, não respondendo aos estímulos e ao chamado verbal, emitindo apenas sons incompreensíveis, com ferimento corto contuso em região frontal, sangramento nasal, escoriações em membros superiores e inferiores, apresentava também hálito etílico. Paciente foi intubado no interior da ambulância, imobilizado com colar cervical e prancha rígida e encaminhado ao setor de emergência do HOSPITAL REGIONAL DO JURUÁ.

Cruzeiro do Sul- Acre, 12 de setembro de 2019

VICTOR HUGO PARRILHA PANONT
CRM-AC: 1034
MÉDICO
REGULADOR/INTERVENCIONISTA DO SAMU



Comp. Reg. de Acidentes Declarados



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



DECLARAÇÃO

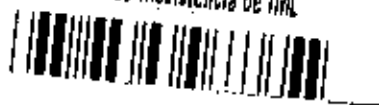
Declaro para os devidos fins que, no dia 11/08/2019, às 20:55, recebemos uma ligação solicitando atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU para o senhor EGLADSON MELO DA SILVA, 41 anos idade, vítima de acidente de trânsito, COLISÃO MOTO X MOTO, no bairro do Remanso, no cruzamento próximo ao Craveiro Costa, no município de Cruzeiro do Sul. Chegando ao local, a vítima encontrava-se ao solo com rebaixamento do nível de consciência, não respondendo aos estímulos e ao chamado verbal, emitindo apenas sons incompreensíveis, com ferimento corto contuso em região frontal, sangramento nasal, escoriações em membros superiores e inferiores, apresentava também hálito etílico. Paciente foi intubado no interior da ambulância, imobilizado com colar cervical e prancha rígida e encaminhado ao setor de emergência do HOSPITAL REGIONAL DO JURUÁ.

Cruzeiro do Sul- Acre, 12 de setembro de 2019

VICTOR HUGO PARRILHA PANONT
CRM-AC: 1034
MÉDICO
REGULADOR/INTERVENCIONISTA DO SAMU

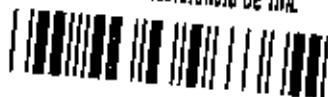


Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães, 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.055.033/0001-70 | Inscrit. Estadual: 01.004.141/001-46
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica / Setor Unico

Nº da Nota Fiscal

005939771

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	16/10/2019	144	135,11

ECI ADSON MELO DA SILVA
TV POSSIDONIO RODRIGUES 176 CJS DO SUL
CPF: 00065669925268
CEP: 69.980-000 - CRUZEIRO DO SUL

ROT: 9.040.09.04.011940

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	1058	Atual:	10/10/2019
Anterior:	914	Anterior:	10/09/2019
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:	08/11/2019
Consumo Medido:	144	Emissão:	08/10/2019
Consumo Faturado:	144	Apresentação:	10/10/2019

Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Irregularidade:

30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Nome/Endereço	Uso	Número	Porta	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	MON18107246		1.1.1.1	152

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
SETE/19 69	CONSUMO 144 A R\$ 0,838857 = 120,79
AGO/19 150	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 12,91
JUL/19 146	CORRECAO MONETARIA IG 09/19-00 0,07
JUN/19 167	MULTA POR ATRASO 09/19-00 1,15
MAI/19 180	JUROS DE MORA DE INPO 09/19-00 0,19
ABR/19 202	
MAR/19 0	
FEV/19 0	
JAN/19 0	
DEZ/18 0	

TARIFA COM TSEI (R\$):
E A 144 = 0,59778

Comprovante de residência



PARABENS! Até o dia 08/10/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 0259.F826.4017.51CS.8C24.92CB.E4B9.0C38

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	33,60	Base de Cálculo:	120,79
Energia:	39,64	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	1,01	Valor do ICMS:	30,19
Encargos:	11,64	Valor do PIS:	0,66
Tributos:	34,70	Valor do COFINS:	3,71

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	BIC			PIC			DMC	DICM
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Índice	12,71	25,43	50,86	7,27	14,54	29,08	6,48	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Composto	CRUZEIRO DO SUL						08/2019	RUB: 55,70

Cargando CRUZEIRO DO SUL Período de apuração: 08/2019 R\$ 55,70

ROT: 9.040.09.04.011940



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 Triângulo Duplo - São Paulo

Nº da Nota Fiscal 005385888

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\$)
AGOSTO/2019	20/08/2019	353	335,38

MARIA SILVEIRA DE OLIVEIRA
R. LUIZ DE SOUZA (MANDUCA (RURAL) 131 NOVA OLINDA (RURAL)
CPF: 00003549059108
CEP: 69.980-000 - CRUZEIRO DO SUL
ROT: 28.040.28.05.011290

DADOS DA LECTURA		DATAS DA LECTURA	
Atual	13142	Atual	13/08/2019
Anterior	12789	Anterior	12/07/2019
Consumo da Multiplicação	1.000	Próxima Leitura	11/09/2019
Consumo Médio	353	Consumo	12/08/2019
Consumo Faturado	353	Apresentador	13/08/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fato
RESIDENCIAL	BI	8063382		1.1.1.2
				314

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 353 A R\$ 0,841929 = 297,20
JUL/19 267	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 31,65
JUN/19 259	CORRECAO MONETARIA IG 07/19-00 0,98
MAI/19 459	MULTA POR ATRASO 07/19-00 4,33
ABR/19 504	JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00 1,22
MAR/19 528	
FEV/19 293	
JAN/19 124	
DEZ/18 253	
NOV/18 263	
OUT/18 250	
TARIFA COM TRIBUTOS:	
R\$ 353 - 0,57110	

MENSAGENS IMPORTANTES / CUIDADO DE VENCIMENTO
Parabéns! Até o dia 12/08/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 0727.9800.9134.804A.1444.9583.619E.CEE4

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS (TRIBUTOS) - R\$	
Distribuição	79,10	Base de Cálculo	297,20
Energia	102,09	Alíquota ICMS	25,00%
Transmissão	2,40	Valor do ICMS	74,30
Encargos	27,43	Valor do PIS	0,71%
Tributos	86,18	Valor do COFINS	3,29%
			9,77

Tributos:		86,16		INDICADORES DE CONTINUIDADE				
	DNC			FIC			DMC	DMCM
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
UnRe	18,36	36,72	73,45	11,65	23,31	46,62	9,77	
Recebido	1,21			2,00			1,01	
Período de apuração:							06/2019	EUSD: 96,1

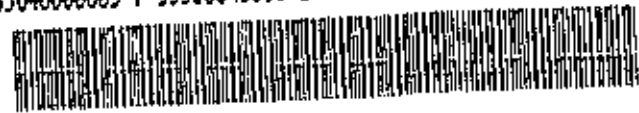
Período de apresentação: 06/2019
EUSO: 96,17

Contato CRUZEIRO DO SUL

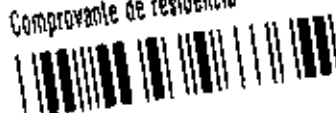
ROT: 28.040.28.05.011290

SEU CÓDIGO	0370835-7	TOTAL A PAGAR - R\$	335,38
MÊS FATURADO	08/2019	VENCIMENTO	20/08/2019
Nº da Nota Fiscal	005385888	FCAM	

83640000003 7 35380045000 2 00000000370 7 83570819008 6



Comprovante de residência



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200068391 Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EGLADSON MELO DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois os entregues estão incorretos.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200068391 Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EGLADSON MELO DA SILVA

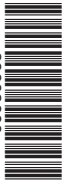
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200068391

Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EGLADSON MELO 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