



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

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

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07099733320208010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	18/01/2021 16:50:13

Partes

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

Documentos

Petição:	2778819_CONTESTACAO_0 1 - 1-11.pdf
Anexo - Petição:	2778819_CONTESTACAO_A nexo_02 - 1-18.pdf
Anexo - Petição:	2778819_CONTESTACAO_A nexo_02 - 19-26.pdf
Anexo - Petição:	2778819_CONTESTACAO_A nexo_02 - 27-29.pdf
Anexo - Petição:	KIT SEGURADORA LÍDER - 1-12.pdf
Anexo - Petição:	KIT SEGURADORA LÍDER - 13-20.pdf

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

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190510196

Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

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

Carta nº 14903593



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190588003

Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

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

Carta nº 14978488



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190588003

Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 00000141695-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190588003

Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190588003

Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JECIVALDO DA CONCEICAO SALES**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000534**

Conta: **00000141695-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

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 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: 0534 013 CONTA: 141635 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (viveres)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 818 815 852-34 4 - Nome completo da vítima: Jeremias da Conceição Sales

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: Jeremias da Conceição Sales 6 - CPF: 818 815 852-34
7 - Profissão: Meirinho 8 - Endereço: R: Pólos de Toledo 9 - Número: 362 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Cidade Nova 12 - Cidade: Rio Bonito 13 - Estado: PE 14 - CEP: 69805-440
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (68) 8999975923

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: 6534 013 CONTA: 141635 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (viveres)? ☐ 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 Lider 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Bonito, 29/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE COMBATE A ROUBOS E EXTORSÕES - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029803/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/08/2019 11:22 Data/Hora Fim: 09/08/2019 11:22
 Origem: Polícia Judiciária
 Delegado de Polícia: Sérgio Lopes de Souza

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Combate a Roubos e Extorsões
 Data/Hora do Fato: 13/07/2019 18:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
 Logradouro: ramal liberdade
 Complemento: transacriana

Bairro: Rural

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: **JECIVALDO DA CONCEIÇÃO SALES (VÍTIMA, COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 20/05/1987
 Profissão: Não Informado
 Estado Civil: Sem Informação
 Nome da Mãe: Noemia da Conceição

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 918.815.952-34

Endereço

Município: Rio Branco - AC
 Logradouro: POÇOS DA CALDA
 Bairro: CIDADE NOVA
 Telefone: (68) 99928-6109 (Celular)

Nº: 864

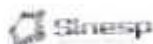


OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O NOTICIANTE IA CONDUZINDO A MOTOCICLETA PLACA QLU8087, FACTOR, VERMELHA, QUANDO DEVIDO UM BURACO NA VIA, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO E VEIO AO CHÃO. O VEICULO FICOU POUCO DANIFICADO. POREM, O NOTICIANTE TEVE O BRAÇO ESQUERDO FRATURADO NA ALTURA DO OMBRO, ALEM DE LUXAÇÃO.



Delegado de Polícia Civil: Sérgio Lopes de Souza
 Impresso por: Leandro Ayache Rocha
 Data de Impressão: 09/08/2019 11:24
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE COMBATE A ROUBOS E EXTORSÕES - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029803/2019-A01

ASSINATURAS

Leandro Ayache Rocha
Agente de Polícia
Matrícula 9139805-1
Responsável pelo Atendimento

Jecivaldo da Conceição Sales
(Vítima / Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (única) responsável pelas informações acima assentadas e assumo que poderei responder civil e criminalmente pelo conteúdo declarado que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Calunias e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

Cléber Gnatta
Delegado de Polícia Civil
Sérgio Lopes de Souza
Delegado de Polícia
Matrícula 9291482-1



Delegado de Polícia Civil: Sérgio Lopes de Souza
Impresso por: Leandro Ayache Rocha
Data de Impressão: 09/08/2019 11:24
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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 445/2017

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 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: 0534 013 CONTA: 141635 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (viveres)? ☐ 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 Lider 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000141695-8

Nr. da Autenticação 317E19CC9E68AE7A

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000141695-8

Nr. da Autenticação BCABDFCD343FAB21

U CÓDIGO

5946-3

CONDIÇÃO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	VALOR A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	28/06/2019	137	106,66

JECIVALDO DA CONCEIÇÃO SALES
R. POÇOS DE CALDAS 862 CIDADE NOVA
CPF: 000091881595234
CEP: 69.905-440 - RIO BRANCO

ROT: 17.001.17:12 001240

DADOS DA UTILIDADE		DATAS DE VENCIMENTO	
Atual:	7664	Atual:	21/06/2019
Anterior:	7467	Anterior:	22/05/2019
Consumo de Instalação:	1,000	Proxima Leitura:	22/07/2019
Consumo Medido:	137	Emissão:	19/06/2019
Consumo Fictício:	137	Assinatura:	21/06/2019
	FCAM	Outro de Consumo:	30

Forma de Faturamento: NORMAL		Código de irregularidade:	
Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto
RESIDENCIAL	MONO	7225397	1.1.1.1
			89

RESUMO DA CONTA		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mai/19	142	CONSUMO	137 A R\$ 0,74/607 = 101,73
ABR/19	157	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSII)	4,93
MAR/19	135	ADICIONAL BANHEIRA AMARELA	0,40
FEV/19	121		
JAN/19	75		
DEZ/18	60		
NOV/18	63		
OUT/18	47		
SET/18	78		
AGO/18	71		
TARIFA DE TRIBUTACAO			
G H 137 - 6.600,00			

MENSAGENS PARQUE DE TRIBUTACAO RECEBIDO DE VENCIMENTO

Hes/Anc Valor R\$

05/2019 129,94

Unidade consumidora sujeita a pagamento do fornecimento de energia elétrica a partir de 10 de julho. O valor pago por esta unidade não é incluído no valor do consumo na unidade. Cada unidade é considerada fator desconsiderar este aviso.

LIQUE 0800 647 7196 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

RESUMO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS E TRIBUTACAO - R\$	
Quantidade:	31,96	Base de Cálculo:	101,73
Energia:	37,96	Alíquota ICMS:	16,00%
Transmissão:	0,99	Valor do ICMS:	16,27
Encargos:	11,41	Valor do PIS:	0,55
Impostos:	19,41	Valor do COFINS:	2,59

INDICADORES DE CONTABILIDADE		INDICADORES DE CONTABILIDADE	
DIC	RIC	OMIC	OMIC
Normal	Normal	Normal	Normal
6,27	12,54	25,08	1,92
0,44	7,85	15,70	3,71
	1,00		0,44
		Verdade de operação:	04/2019
			58,29

S20 FRANCISCO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jaimealdo da Conceição Sales,RG nº 30037310, data de expedição 28/08/17, Órgão SSP/PE,CPF nº 838315952-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Rios de Cidada</u>
Número	<u>862</u>
Apto / Complemento	<u>case</u>
Bairro	<u>Cidade Nova</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>68905-440</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 999875923</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco, 29/08/2019Assinatura do Declarante: Jaimealdo da Conceição Sales

4108010134/5427

MS/DATASUS HOSPITAL GERAL DE CLÍNICAS DE RIO BRANCO

Nº DO BE: 2655422 DATA: 13 10 2019
HORA: 06:02 SETOR: Sala de Jeom

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Jucivaldo da Conceição Sales RG 10037110
NASCIMENTO: 20/05/1987 IDADE: 32 anos SEXO: (M)
ENDEREÇO: Rua Carlos de Caldas Nº: 864
COMPLEMENTO: BAIRRO: Cidade Nova
MUNICÍPIO: Rio Branco UF: AC TEL: 999286109

RESPONSÁVEL: PAI: Rosimunda Sales Cabral MÃE: Nurmia da Conceição

MOTIVO DO ATENDIMENTO: Acidente de moto

LOCAL DA OCORRÊNCIA: AC 90 Km 72

CASO POLICIAL: (N) PLANO DE SAÚDE: (N) TRAUMA: (S)

ACID. TRABALHO: (N) VEIO DE AMBULÂNCIA: (N)

PA: (X) mm HG) PULSO: () TEMP.: ()

EXAMES: () RAO X () SANGUE () URINA () TC

COMPLEMENTARES: () LIQUOR () ECG () ULTRASSONOGRAFIA

DADOS CLÍNICOS:

Fraqueza direita
Ombro E braço direito
Cef. redução m. c. ta
- 1 Rx controle

DIAGNÓSTICO: CID: HORÁRIO DA MEDICAÇÃO

PRESCRIÇÃO: AINE

Aspirina 100mg

Paulo Fernando Stürmer
Médico Traumatologista
CRM 455 AC

DATA DA SAÍDA: 1/1/1/ HORA DA SAÍDA:

ALTA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () A REVELIA () DESISTÊNCIA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

ÓBITO:

() ATÉ 48 HS () APÓS 48 HS () FAMÍLIA () IML () ANAT. PAT.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 18/01/2021 às 16:50, sob o número WEB121700016296. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0709973-33.2020.8.01.0001 e código 281B687.



Dra. Beisabeth Sanchez Perez

MÉDICA DA FAMÍLIA / CRM - AC 2140

Receituário

Nome: Leivaldo Da Conceicao Salis
 Idade: 31 Peso: _____ Data: _____

Para os devidos fins atesto que o paciente acima supramencionado, sofreu acidente de moto o dia 12/07/2019, com diagnóstico de Fratura do Terço proximal do úmero (E) com luxação do ombro (E). Foi submetido a tratamento conservador evolui com aumento de volume do ombro e região sup da escápula (E), com perda da força muscular do ombro e limitação funcional na abdução, flexão e rotação do ombro. É por tanto portador de sequelas definitivas e alta médica.

Rio Branco-Acre, 15 de Outubro de 2019

Dra. Beisabeth Sanchez Perez

CRM - AC 2140

[Assinatura]
 Dra. Beisabeth Sanchez Perez
 CRM-AC 2140

PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo N°: 3190588003

Vítima: Jacimelda da Conceição Sales

Natureza : INVALIDEZ

Prezados Senhores

Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez permanente acima mencionado, venho através deste, solicitar que o processo seja re-analisado em virtude da indenização ter sido paga apenas o valor de 337,50 com a devida constatação de lesões e sequelas existentes.

Por este motivo, solicito que seja realizada perícia médica por parte da Seguradora Líder, em data a ser definida por V.Sas., tendo em vista que ao pagamento da indenização faz-se pouco provável em face das graduações estabelecidas pela tabela anexa a Lei 6.194/74, inclusa pela Lei 11.945/09, em comparação com as graves lesões decorrentes do acidente conforme documentação medica anexa, em que consta toda evolução e acompanhamento médico submetido.

Contanto com a habitual atenção de V. Sas., coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimento que se fizerem necessários referente ao sinistro, através do telefone

(68) 393975323 / (68) 393955341

Jacimelda da Conceição Sales

Rio Branco/AC 22 de novembro de 20 19.



Dra. Beisabeth Sanchez Perez

MEDICA DA FAMILIA / CRM - AC 2140

Receituário

Nome: Josivaldo Da Conceicao Sales
 Idade: 31 Peso: _____ Data: _____

Para os devidos fins, atesto que o paciente supramencionado, sofreu acidente de moto no dia 13/07/2019, com fratura de fratura do terço proximal do úmero (E) e luxação do ombro (E). Foi submetido a tratamento conservador. Evoluindo com aumento de volume do ombro e região sup. da escápula (E), com perda da força muscular do ombro e limitação funcional na abdução de 100° e da flexão de 120°. Sendo portador de sequelas definitivas. (ombro E 50%)
 alta médica. Rio Branco-Acre, 15 de Outubro de 2019

Dra. Beisabeth Sanchez Perez
 CRM - AC 2140

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE CIDADANIA
SISTEMA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

AC

NOME
JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
10037110 SSP AC

CPF
918.815.952-34

DATA NASCIMENTO
20/05/1987

PRONOME
RAIMUNDO SALES CABRAL

NORMA DA CONCEICAO

PERMISSÃO
RENOVADA

1º REGISTRO
04808430980

VALIDADE
22/09/2022

1ª HABILITAÇÃO
11/11/2009

OBSERVAÇÕES
Registado da conceicao sales

ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL
RIO BRANCO, AC

DATA EMISSÃO
29/09/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
ACRE

01309047754
AC467759489

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1480408032

PROIBIDO PLASTIFICAR
1480408032



COMPANY OF DENVER CO
67 OCT 1919
PNO-5500-0

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190588003 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - REDUÇÃO INCRUENTA. P1 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO MÉDICO, DR. BEISABETH SANCHEZ PEREZ, 2140, AC, PÁGINA 2, DATA 15/10/2019.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190588003 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OMBRO ESQUERDO (ÚMERO PROXIMAL)

Descrição do exame físico: EVOLUI COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL 90° GRAU NA ABDUÇÃO, FLEXÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. HIPOTROFIA DO DELTOIDE ESQUERDO, PERCA DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR,
SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/12/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 10 % DO OMBRO ESQUERDO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 40 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190588003
Nome do(a) Examinado(a): Jecivaldo da Conceicao Sales
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Pocos de Caldas, 862 Casa
Q Rio Branco AC CEP: 69905-440
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / AC] 214818
Data local do acidente: [13/07/2019]
Data local do exame: [05/12/2019] RIO BRANCO [AC]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE OMBRO ESQUERDO (ÚMERO PROXIMAL)
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: CONSERVADOR.
Complicações: NÃO HOUVE.
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
EVOLUI COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL 90° GRAU NA ABDUÇÃO, FLEXÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. HIPOTROFIA DO DELTOÍDE ESQUERDO, PERCA DA FORÇA MUSCULAR.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL 90° GRAU NA ABDUÇÃO, FLEXÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. HIPOTROFIA DO DELTOÍDE ESQUERDO, PERCA DA FORÇA MUSCULAR.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento" | () "Sem seqüela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| OMBRO - Lado Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CPF - 066.102.151-38
CRM/AC - 2140


Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CRM-AC 2140

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0301977/19

Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES**CPF:** 918.815.952-34**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A**CPF de:** Próprio**Data do acidente:** 13/07/2019**Titular do CPF:** JECIVALDO DA
CONCEICAO SALES**DOCUMENTOS ENTREGUES****Sinistro**

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JECIVALDO DA CONCEICAO SALES : 918.815.952-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/09/2019
Nome: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES
CPF: 918.815.952-34

JECIVALDO DA CONCEICAO SALES**Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data do cadastramento: 02/09/2019
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0361018/19

Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES**CPF:** 918.815.952-34**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A**CPF de:** Próprio**Data do acidente:** 13/07/2019**Titular do CPF:** JECIVALDO DA
CONCEICAO SALES**DOCUMENTOS APRESENTADOS****Sinistro**

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JECIVALDO DA CONCEICAO SALES : 918.815.952-34

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: 16/10/2019
Nome: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES
CPF: 918.815.952-34

JECIVALDO DA CONCEICAO SALES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0361018/19

Número do Sinistro: 3190588003**Vítima:** JECIVALDO DA CONCEICAO SALES**CPF:** 918.815.952-34**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A**CPF de:** Próprio**Data do acidente:** 13/07/2019**Titular do CPF:** JECIVALDO DA
CONCEICAO SALES**DOCUMENTOS APRESENTADOS****Sinistro**

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 27/11/2019
Nome: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES
CPF: 918.815.952-34

JECIVALDO DA CONCEICAO SALES**Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0301977/19

Vítima: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES**CPF:** 918.815.952-34**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A**CPF de:** Próprio**Data do acidente:** 13/07/2019**Titular do CPF:** JECIVALDO DA
CONCEICAO SALES**DOCUMENTOS ENTREGUES****Sinistro**

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JECIVALDO DA CONCEICAO SALES : 918.815.952-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/09/2019
Nome: JECIVALDO DA CONCEICAO SALES
CPF: 918.815.952-34

JECIVALDO DA CONCEICAO SALES**Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data do cadastramento: 02/09/2019
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix