



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

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

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07036642520228010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	05/05/2023 16:28:23

Partes

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

Arquivos

Petição:	2882547_CONTESTACAO_0 1 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2882547_CONTESTACAO_A nexo_02 - 1-28.pdf



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07036642520228010001

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 **JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR**, 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 **19/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **30/08/2019**.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

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, CPC.

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.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DO MÉRITO

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 geral.

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 vítima.

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.

DO MÉRITO

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DO MÉRITO

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 citação:

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 ação

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.

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 Súmula 474 do STJ.

CONCLUSÃO

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 do Passeio, 38, Torre 2, 15 andar, Sala 1509/1512 – Centro - CEP:20021-290 – RJ – Rio de Janeiro e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 858, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 26 de abril de 2023.

DIEGO PAULI
OAB/AC 4550

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-pentoneais 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	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	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 dentre os outros dedos da mão					
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; **JOSELAINE 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, **HALLISON FRANCISCO TORRES MERCÊS** OAB/RR 1387, **KARINE CHINELLATO MATHIAS** OAB/RR 2174, **VINICIUS COSTA PERFEITO** OAB/RR 1500 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 **JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07036642520228010001.

Rio de Janeiro, 26 de abril de 2023.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE 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, **Evandro Damaceno Stolaric**, inscrito no CPF sob nº 713.190.342-68, **Vicente Rodrigo Pereira Poerschke**, inscrito no CPF: 013.207.922-43, **Raynna Kelly Santos de Souza**, inscrita no CPF: 979.518.112-20, **Aline Karolayne Pereira da Silva**, inscrita no CPF: 023.979.962-35 e **Andreza Caroline Pereira da Silva**, inscrita no CPF: 023.980.302.-70 podendo os mesmos responderem nesta qualidade a todos os termos do Processo n. **07036642520228010001**, que tramita **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO/AC**.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvt S.A.

123456

¹"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)

²RECURSO 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 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.

³**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."

⁴"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**" (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁵"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁶art.

1º

(...)

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

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290

www.joaobarbosaadvass.com.br

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200032674

Vítima: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

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, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200032674

Vítima: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 19/07/2019, emitida pelo Dr. ILEGIVEL, CRM nº 1784 - AC, da Instituição HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200140415

Vítima: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

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, 14 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200140415

Vítima: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

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

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

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: 044.061.452-06 4 - Nome completo da vítima: Jubairinton Chaves de Aguiar

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

5 - Nome completo: Jubairinton Chaves de Aguiar 6 - CPF: 044.061.452-06
7 - Profissão: intrusador 8 - Endereço: Rua Daimunolo mulo 9 - Número: 242 10 - Complemento: 8020
11 - Bairro: Ayrtan Senna 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.911-854
15 - E-mail: (68) 99987-2502 16 - Tel. (DDD): (68) 99987-2502

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: 6819998-3322
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:
☒ RECLUSO 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco da Amazônia

AGÊNCIA: 044 2 CONTA: 034378 0
(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

Pela 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 resíduo (valores)? ☐ 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: Rio Branco, 15 de Janeiro de 2019

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 ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 044.061.452-06 4 - Nome completo da vítima: Juliardinton Chaves de Aguiar

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

5 - Nome completo: Juliardinton Chaves de Aguiar 6 - CPF: 044.061.452-06
7 - Profissão: intrigador 8 - Endereço: Rua Raimundo Melo 9 - Número: 242 10 - Complemento: 8020
11 - Bairro: Aparto Senna 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.911-854
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (68) 99987-2502

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: ☒ RECLUSO 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco da Amazônia
AGÊNCIA: 044 2 CONTA: 034378 0
(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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalei 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(s) (vivo(s))? ☐ 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: Rio Branco, 15 de Janeiro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Juliardinton Chaves de Aguiar

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

2547

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA

Tr. Habitasa, Bairro Habitasa

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...

no cruzamento com Rua Bolívar

06 HORA DA OCORRÊNCIA

17:58

07 ZONA RURAL / URBANA

U

08 DATA

11/07/19

09 DIA DA SEMANA

Sexta

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

☒ 1

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPÍPEDO

☐ 5

CASCALHO

☐ 7

TERRA

☐ 8

AREIA

☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

☒ 1

MOLHADO

☐ 3

OLEOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

DANIFICADA

☐ 8

OBRAS

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02 (0015)

15 Nº DE VÍTIMAS

02 (0015)

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

Julianilton Chaves de Aguiar

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

12/01/88

19 ENDEREÇO

Rua Raimundo Melo, 242 Sobradinho (999573453)

20 1ª HABILITAÇÃO

17/07/18

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

01090174989

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

Yamaha / YBR 125 Factor motorcycle

28 ESPÉCIE

motocicleta

29 PLACA

NAF 5396

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

Daniel de Lima Silva

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

906KE3950F0034950

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

36 AVARIAS

Setor frontal e lateral direito

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Centro x Bairro no sentido Sup. Análise Ponte

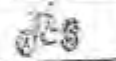
40 AÇÃO DO CONDUTOR

Condutor no P.S. pelo Sonar

37 CARRO



39 MOTO



41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

42 NOME CONDUTOR

Nayquell Santos Alves (999356372)

43 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

18/09/87

45 ENDEREÇO

Rua Edmundo Pinto, 450 - Escor. Barros

46 1ª HABILITAÇÃO

16/02/05

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

03909526870

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

VW / Fox 1.0

54 ESPÉCIE

Automóvel

55 PLACA

MZV 3441

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

Nayquell Santos Alves

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

9BWAA052394115132

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

62 AVARIAS

Setor Frontal

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

da Trav. Habitasa, da Ceara para Estrada de União

66 AÇÃO DO CONDUTOR

Permanecer no local

63 CARRO



65 MOTO



67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

68 NOME

/

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

/

71 ENDEREÇO

/

72 IDENTIDADE Nº

/

73 ÓRGÃO EMISSOR

/

74 UF

/

75 NOME

/

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

/

78 ENDEREÇO

/

79 IDENTIDADE Nº

/

80 ÓRGÃO EMISSOR

/

81 UF

/

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 12/08/19

por [assinatura]

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS

VÍTIMAS	82 NOME Heliomar Amorim do Araújo	83 SEXO M ☒ F ☐	84 NASCIMENTO 11/11/1971
	85 ENDEREÇO Rua Raimundo Melo 242, Sobral	86 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	87 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº ☒
	88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG ☒ 3 PEDESTRE ☐ 5	89 CONDUZIDA PARA	88 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☐
	91 NOME Julia Linton Chaves de Aguiar	92 SEXO M ☐ F ☒	93 NASCIMENTO 20/08/1997
	94 ENDEREÇO Rua Raimundo Melo 242, Sobral	95 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	96 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº ☒
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☒ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	99 CONDUZIDA PARA L.S pelo Sonar	97 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☐

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 12/10/2019
Jorge Eduardo

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informo que fomos acionados via Ciep pelo V. 1 para prestar assistência técnica e pericial, que o V. 1 deu o veículo V2 para entrega ao Sr. Antônio Lima, CNH: 07822141965. O V. 1 tem um corte profundo no calcanhar direito e sua estrutura superior mantendo na fixa local direito, que foi confeccionado B.E. informativo nº 2019031911234031469.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V1	103 MOTORISTA V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO 3º SGT Hamilton
105 NOME Julia Linton Chaves de Aguiar	106 NOME Nayquell Linton Aguiar	107 NOME / RG 3234
108 ASSINATURA Impersonal	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA
111 LOCAL Praça Brasil, Are		112 DATA 18/07/19

DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

2547

NÚMERO FOLHA

Documentação Estadual de Trânsito

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA

Tr. Habitosa, Bairro Habitosa

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...

no cruzamento com Rua Bolívia

06 HORA DA OCORRÊNCIA

11:58

07 ZONA RURAL / URBANA

U

08 DATA

11/07/19

09 DIA DA SEMANA

Seg

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

☒ 1

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPÍEDO

☐ 5

CASCALHO

☐ 7

TERRA

☐ 9

AREIA

☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

☒ 1

MOLHADO

☐ 3

OLEOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

DANIFICADA

☐ 9

OBRAS

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02 (dois)

15 Nº DE VÍTIMAS

02 (dois)

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

Juliculinton Chaves de Aguiar

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

20/08/88

19 ENDEREÇO

Rua Raimundo Melo, 242 Sobradinho (999573453)

20 1ª HABILITAÇÃO

11/07/18

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

01090174977

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

Yamaha / YBR 125 Factor motorcycle

28 ESPÉCIE

motocicleta

29 PLACA

NAF 5396

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

Daniel de Lima Silva

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

906KE3950F0034950

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

36 AVÁRIAS

Sin. frontal e lateral direita

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Antes x Baixo no sentido Sup. Anápolis Ponte

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Conduziu ao P.S. pelo Sonar

37 CARRO



39 MOTO



41 EXAME ALCOOLICIZADO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

BAF

42 NOME CONDUTOR

Nayquell Santos Alves (999356372)

43 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

18/09/87

45 ENDEREÇO

Rua Edmundo Lima, 450 Escor. Barros

46 1ª HABILITAÇÃO

16/02/05

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

03909526870

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

VW / Fox 1.0

54 ESPÉCIE

Automóvel

55 PLACA

MZV 3441

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

Nayquell Santos Alves

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

9BWAA052394115132

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

62 AVÁRIAS

Sin. Frontal

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Para Trav. Habitosa, da Ceara para Estrada de União

66 AÇÃO DO CONDUTOR

Permanecer no local

63 CARRO



65 MOTO



67 EXAME ALCOOLICIZADO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

BAF

68 NOME

71 ENDEREÇO

75 NOME

78 ENDEREÇO

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 12/08/19

João Eduardo

TESTEMUNHAS

71 ENDEREÇO

75 NOME

78 ENDEREÇO

VÍTIMAS	82 NOME Flávia Amorim de Araújo	83 SEXO M ☐ F ☒	84 NASCIMENTO 11/10/1979
	85 ENDEREÇO Rua Raimundo Melo 242, Sobral	86 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº ☒
	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG ☒ 3 PEDESTRE ☐ 5	90 CONDUZIDA PARA	88 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☒
	91 NOME Julia Linton Chaves de Aguiar	92 SEXO M ☒ F ☐	93 NASCIMENTO 20/08/1993
	94 ENDEREÇO Rua Raimundo Melo 242, Sobral	95 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	96 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº ☒
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☒ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	99 CONDUZIDA PARA L.S pelo Sonar	97 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☒

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 12/10/2019

Jorge Belardo

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informo que fomos acionados via Ciep pelo 190 para fazer a perícia de trânsito. O veículo V1 foi entregue ao Sr. Antônio Lima, CNH: 01822141965. O veículo V2 foi entregue ao Sr. Condutor, que o carro estava com um corte profundo no calcanhar direito e sua carteira estava molhada na tábua lateral direita; que foi conferido o B2 informativo nº: 2019031911234031269.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V1	103 MOTORISTA V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO 3º SGT Hamilton
105 NOME Julia Linton Chaves de Aguiar	106 NOME Nayquell Santos Almeida	107 NOME / RG 3234
108 ASSINATURA Impenitibilizado	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA
111 LOCAL Praça Brasil, Areia		112 DATA 18/07/19

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: 044.061.452-06 4 - Nome completo da vítima: Jubairinton Chaves de Aguiar

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

5 - Nome completo: Jubairinton Chaves de Aguiar 6 - CPF: 044.061.452-06
7 - Profissão: intrusador 8 - Endereço: Rua Daimunolo mulo 9 - Número: 242 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Ayrtan Senna 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.911-854
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (68) 99987-2502

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: ☒ RECLUSO 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco da Amazônia

AGÊNCIA: 044 2 CONTA: 034378 0
(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

Pela 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 resíduo (valores)? ☐ 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: Rio Branco, 15 de Janeiro de 2019

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 044.061.452-06 4 - Nome completo da vítima: Julianilton Chaves de Aguiar

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

5 - Nome completo: Julianilton Chaves de Aguiar 6 - CPF: 044.061.452-06
7 - Profissão: intrusador 8 - Endereço: Rua Raimundo Melo 9 - Número: 242 10 - Complemento: 8020
11 - Bairro: Ayrtton Senna 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.911-854
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (68) 99987-2502

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: 68/99987-3322
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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☒ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco da Amazônia
AGÊNCIA: 044 2 CONTA: 034378 0
(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 (assinatar 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 (ou 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 (herança)? ☐ 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: Rio Branco, 15 de Janeiro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Para contato
com a Energisa
Informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0277512-3

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães, 225 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.001.141/001-48
Rota Brasil | Caixa de Correio Eletrônica | São Paulo

Nº da Nota Fiscal 006551952

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TSEE foi emitida
pelo Lei nº 10.420 de 26 de abril de 2003

DEZEMBRO/2019 28/12/2019 212 207,02

AIRTON LIMA DE AGUIAR
R. RAIMUNDO MELO 242 AYRTON SENNA
CPF: 00050831208287
CEP: 69.911-854 - RIO BRANCO

Consumo	Valor	Valor
Atual	5949	13/12/2019
Anterior	5737	12/11/2019
Consumo do Mês	1,000	10/01/2020
Consumo Faturado	212	11/12/2019
Consumo Faturado	212	13/12/2019
Forma de Faturamento	NORMAL	31
Código de Injetividade		

Classe/Subclasse	Letra	Número	Letra	Código	Letra	Valor
RESIDENCIAL	BI	BIF17207687		1.1.1.2		259

Mês/Ano	Consumo	Valor
NOV/19	268	CONSUMO 212 A R\$ 0,980000 = 192,49
OUT/19	253	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,99
SET/19	272	MULTA POR ATRASO 10/19 - R\$ 4,46
AGO/19	282	JUROS DE MORA DE IMPO 10/19 - R\$ 2,08
JUL/19	268	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 1,13
JUN/19	258	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA 5,30
MAI/19	273	
ABR/19	211	
MAR/19	251	
FEV/19	213	
TARIFA SDI TRIBUTOS:		
0 A 212 - 0,620156		

Mês/Ano	Valor R\$	Informações
11/2019	252,30	Informações existentes de débitos vencidos: 252,30 (sem acréscimos legais) até esta data. O débito(s) já recebido(s) não é/ão. O atendimento da Eletrobras Distribuição o/ os débitos de pagamento.

RESERVA LICENCIADO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS
NET (WWW.EXARNET.EB.MIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/01/2020
MAIS PROXIMA, DE 09 A 16/12/2019.

RESERVADO AO FISCO C242.58E1.360F.86DB.69DF.5E4B.FB23.D708

Descrição	Valor	Base de Cálculo	Valor
Contribuição	52,10	Alíquota ICMS	25,00%
Imposto	61,44	Valor do ICMS	48,12
Transmissão	1,57	Valor do PIS	1,03%
Encargos	18,07	Valor do COFINS	4,78%
Tributos	59,31		9,20

	DIC			FIC			DMC	DICB
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Anual
Colônia A	0,60			1,00			0,60	
Colônia B	11,72	23,44	46,89	5,54	11,09	22,18	6,05	

Condição: TAQUARI
ROT: 10.001.10.07.001760 SEQ.: 00309
ROT: 10.001.10.07.001760 SEQ.: 00309

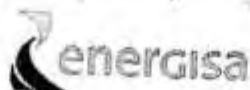
SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0277512-3	207,02
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
12/2019	28/12/2019
Nº da Nota Fiscal	006551952 FCM

PAGADOR: AIRTON LIMA DE AGUIAR CPF: 00050831208287
R. RAIMUNDO MELO 242 AYRTON SENNA CEP: 69.911-854

UC	Referência	Data de Vencimento	Total a Pagar (R\$)
277512-3	DEZ/2019	28/12/2019	R\$ 207,02

BENEFICIÁRIO: COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A. CNPJ: 04.065.033/0001-70
Rua Valério Magalhães, 225 - Bosque - Rio Branco - AC

83680000002 5 07020045000 8 00000000277 4 51231219006



Para contato
com a Energisa,
Informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0277512-3

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães, 225 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Inscrição Estadual: 01.004.141/001-40
Rota Intel / Centro de Serviço Cliente / Sala Única

Nº da Nota Fiscal 006551952

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2003.

DEZEMBRO/2019

28/12/2019

212

207,02

AIRTON LIMA DE AGUIAR
R. RAIMUNDO MELO 242 AYRTON SENNA
CPF: 00050831208287
CEP: 69.911-854 - RIO BRANCO

DEZEMBRO/2019	28/12/2019	212	207,02
Atual: 5949	Anterior: 5737	Consumo Medido: 212	Consumo Faturado: 212 FCAM
Constante de Medição: 1,000			
Período de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 31	

Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	BI	BIF17207687		1.1.1.2	259

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
NOV/19 268	OUT/19 253	SET/19 272	AGO/19 282	JUL/19 268	JUN/19 258
MAI/19 273	ABR/19 211	MAR/19 251	FEV/19 213		
TARIFA SDI TRIBUTOS:					
0 A 212 - 0,620156					
CONSUMO 212 A R\$ 0,908000 =					
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)					
MULTA POR ATRASO 10/19-10					
JUROS DE MORA DE INPO 10/19-00					
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA					
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -					
1,13					
5,30					

DEBITOS JA REAVISADOS	Valor R\$	Informações
11/2019	252,30	Informações existentes de débitos vencidos: 11/2019 - 252,30. Se o consumidor não estiver em dia com o pagamento, o débito será considerado vencido e o consumidor deverá pagar o valor devido.

RESERVA LICENCIADO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS
NET (WWW.EXARNET.EB.MIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/01/2020
MAIS PROXIMA, DE 09 A 16/12/2019.

RESERVA DO FISCO C242.5BE1.360F.86DB.690F.5E4B.FB23.D708

Base de Cálculo	Alíquota ICMS	Valor do ICMS	Valor do PIS	Valor do COFINS
192,49	25,00%	48,12	1,99	9,20

DIC	FIC	DIAIC	DICDI
11,72	23,44	46,89	5,54

Conta: TAQUARI
ROT: 10.001.10.07.001760 SEQ.: 00309
ROT: 10.001.10.07.001760 SEQ.: 00309

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0277512-3	207,02
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
12/2019	28/12/2019
Nº da Nota Fiscal	FCAM
006551952	FCAM

UC	Referencia	Data de Vencimento	Total a Pagar (R\$)
277512-3	DEZ/2019	28/12/2019	R\$ 207,02
BENEFICIÁRIO: COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A. CNPJ: 04.065.033/0001-70 Rua Valério Magalhães, 225 - Bosque - Rio Branco - AC			

83680000002 5 07020045000 8 00000000277 4 51231219006

AUSA EXTERNA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2657101 DATA: 19/07/2019 HORA: 12:06 USUARIO: KHERLLY
CNS: 700005158408704 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR DOC.: CNS
IDADE: 19 ANOS NASC: 20/08/1999 SEXO: MASCULINO
ENDereco: TRAVESSA AMAPA BAIRRO: CERAMICA
COMPLEMENTO: UF: AC CEP: 999934721
MUNICIPIO: RIO BRANCO /BERENICE LIMA DE AGUIAR
NOME PAI/MAE: AIRTON LIMA DE AGUIAR
RESPONSAVEL: VEIO NO SAMU
PROCEDENCIA: HABITASA
ATENDIMENTO: ACIDENTE TRANS VITIMA MOTOCICLETA V299
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[133x79 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[77] SPO2[99]
EXAM. COMPL. [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

SIN. DOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:
paciente chegou pelo SAMU com queixa de dor no abdome superior, em parte de apendicite com febre de 38,5 graus, sem vômitos, sem diarreia.
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Qlx pe @ 1. bronco @
Qlx bronco 2 @
Qlx bronco 4 @
Qlx bronco 6 @*

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA DO MEDICO
PRM / Cirurgia Geral
CRM - 1784 / AC

NovoAcre

NovoAcre
Desenvolvendo o Brasil para o futuro

10

CO
CT

1. On 8/20/04

① $\text{Cl}^- + \text{Na}^+ + \text{Ag}^+ + \text{NO}_3^-$

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

10/10/2020

AUSA, EXTERNA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2657101 DATA: 19/07/2019 HORA: 12:06 USUARIO: KHERLLY
CNS: 700005158408704 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR DOC...: CNS
IDADE...: 19 ANOS NASC: 20/08/1999 SEXO...: MASCULINO
ENDEREÇO...: TRAVESSA AMAPA BAIRRO: CERAMICA NUMERO: 35
COMPLEMENTO...: MUNICIPIO...: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE...: AIRTON LIMA DE AGUIAR /BERENICE LIMA DE AGUIAR
RESPONSÁVEL...: VEIO NO SAMU TEL...: 999934721
PROCEDENCIA...: HABITASA
ATENDIMENTO...: ACIDENTE TRANS VITIMA MOTOCICLETA V299
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[33x79 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[77] SPO2[94]
EXAM.COMPL.[] RAIO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

SIN. DOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:
Accepo ferido pelo SAMU com ferida de queixo de 20cm e ferida velada, um punho de cassetete com ferida de 1cm de profundidade, espontânea
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
10 de colesso
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Qlx de 1. bronzo 10
2. bronzo 20
3. bronzo 40
4. bronzo 60
5. bronzo 80
6. bronzo 100*

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MEDICO

PRM Cirurgia Geral
CRM - 1784 / AC

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

NOVO Acre

UNIDADE

NOME

WILLIAMSON Chaves DE SA

SEX

OBSERVAÇÃO

LEITO

DATA

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ACÓRDÃO

EXAMENOS DE

19/03/19

IV Agem

0 CEF-TN Akeno dan + AD

Dr. [Signature]
[Text]

ASL-0027676120
Mayane Felix 0121
06/04/2020 17:33:10

ASL-0027676120
Mayane Felix 0121
06/04/2020 17:33:10

ASL-0027676120
Mayane Felix 0121
06/04/2020 17:33:10
SARE - COPIA ORIGINAL

ASL-0027676120
Mayane Felix 0121
06/04/2020 17:33:10



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
JULIANE LIMA CHAVES DE AGUIAR

DIGITADO
DOC. IDENTIF. / ORG. EMISSOR / UF
13085372 SEPC AC

FOTO

CPF
044.061.453-06

DATA NASCIMENTO
20/08/1999

RELACIONAMENTO
AIRTON LIMA DE AGUIAR

MARIA JULIANA CHAVES LIMA

PROFISSÃO
ADMNISTRADORA

ACE
ADMINISTRADORA

CAT. FERRA
AB

Nº REGISTRO
07090174995

VALIDADE
28/02/2023

1ª HABILITAÇÃO
17/07/2018

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Titular
Juliane Chaves de Aguiar

LOCAL
RIO BRANCO, AC

DATA EMISSÃO
07/08/2019

ASSINATURA DO TITULAR
[Assinatura]

ACRE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1824360259

PROVEDO PLASTIFICAR
1824360259

754316718509
AC409056634

ASL-0027676/20
thayane.felix.0121
06/04/2020 17:34:06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - AC
Nº 014720894310
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 01 01245859320 RNTTC 2019

DANIEL DE LIMA SILVA

AC

852.376.552-20

PLACA ANT / UF NAF 5396

PC6KE1950F0034950

YAMAHA / TRIKE 125 FACTOR K1

2P/0124CC/

VENO. COTA ÚNICA

PREMIO TARIFARIO (R\$)

R\$40.32

SEM RESERVA DE DOMÍNIO & BENEFITARIO

RIO BRANCO-AC

12/07/2019

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

AC Nº 014720894310 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 DATA EMISSÃO
2019 12/07/2019

VA 01 852.376.552-20

01245859320

YAMAHA / TRIKE 125 FACTOR K1

2014

PC6KE1950F0034950

VENO. COTA ÚNICA

PREMIO TARIFARIO

R\$40.05

R\$40.01

R\$40.06

R\$40.15

R\$40.32

R\$84.58

DATA DE OUTRACO

03/07/2019

SEGURODORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.243.600/0001-04



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014720894310

DETRAN - AC
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 01 01245859320 EXERCÍCIO 2019

NOME DANIEL DE LIMA SILVA

UF/UF 01 01245859320

PLACA 852.376.552-20

CPF/CNPJ 926KE1950F0034950

VEÍCULO TIPO CASOLINA

MARCA/MODELO YAMAHA/FACTOR K1

CATEGORIA PARTICU

COPIA PRE DOMINANTE VERMELHA

VENIC/ COTAS 1º ANO 2019

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$4.01

DATA DE PAGAMENTO 05/07/2019

CEM RESERVA DE DOMINIO * BENEFICIARIO

RIO BRANCO-AC

DATA 12/07/2019

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

AC Nº 014720894310 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 12/07/2019

VA 01 852.376.552-20

RENAVAM 01245859320

MARCA/MODELO YAMAHA/FACTOR K1

ANO FAB 2014

CPF/CNPJ 926KE1950F0034950

PREMIO TARIFARIO R\$4.01

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15

DATA DE PAGAMENTO 05/07/2019

CEM RESERVA DE DOMINIO * BENEFICIARIO

RIO BRANCO-AC

DATA 12/07/2019

CEM RESERVA DE DOMINIO * BENEFICIARIO

RIO BRANCO-AC

DATA 12/07/2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027676/20

Vítima: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

CPF: 044.061.452-06

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/07/2019

Titular do CPF: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR : 044.061.452-06

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: 20/01/2020
Nome: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR
CPF: 044.061.452-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020
Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA
CPF: 025.424.522-61

JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

MAIRLA LIMA DE SOUZA

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 03-04-2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Juliarlinton Chaves de Aguiar

CPF do beneficiário: 044 061 452.00

Nome do solicitante: Juliarlinton Chaves de Aguiar

CPF do solicitante: 044 061 452.06

DADOS PARA CONTATOTel. Celular: (68) 3398-3322 Tel. Comercial: (68) 3398-2502 Tel. Residencial: ()
DDD DDD DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☒ NÃO ☐ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Victima pede que reabra seu sinistro e possa realizar uma avaliação médica
vítima no aguardo!

Rio Branco/AC 03-04-2020

Local e Data

Juliarlinton Chaves de Aguiar

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido da Segura DPVAT.

Observação 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 rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200032674 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO PÉ E TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200032674 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ DIREITO E TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027676/20

Vítima: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

CPF: 044.061.452-06

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/07/2019

Titular do CPF: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR : 044.061.452-06

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: 20/01/2020
Nome: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR
CPF: 044.061.452-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020
Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA
CPF: 025.424.522-61

JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

MAIRLA LIMA DE SOUZA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0109594/20

Vítima: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

CPF: 044.061.452-06

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/07/2019

Titular do CPF: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR : 044.061.452-06

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: 06/04/2020
Nome: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR
CPF: 044.061.452-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/04/2020
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

Thayane Pinheiro Fernandes Felix