



**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:	Impugnação
Data/Hora:	18/09/2023 16:52:34

Partes

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

Arquivos

Petição:	2882547_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_01 - 1- 3.pdf
Anexo - Petição:	2882547_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_Anexo_ 02 - 1-28.pdf



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

Processo: 07036642520228010001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de seqüela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 18 de setembro de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/AC 3988

DIEGO PAULI
OAB/AC 4550



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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: 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: _____ 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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA 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 (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Assinatura
do(a) segurado(a)
ou representante
legal

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: 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: intrigador 8 - Endereço: Rua Raimundo Melo 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: 63/9998-3322
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\$1.00 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)
☒ 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.

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 resíduo (valiosos)? ☐ 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 - Assinatura
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): Julianilton Chaves de Aguiar

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

Departamento Estadual de Trânsito

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 Bolívia

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

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

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

03090174999

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

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

34 CHASSIS

906KEJ950F0034950

36 AVARIAS

Setor frontal e lateral direito

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Centro x Bairros no sentido Sup. Anápolis 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

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

60 CHASSIS

9BWA4052394115132

62 AVARIAS

Setor Frontal

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

da trav. Habitasa, da Ceará para Estrada de União

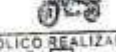
66 AÇÃO DO CONDUTOR

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]

TESTEMUNHAS

Nº

Nº

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

VÍTIMAS	82 NOME Flávia Amorim de Araújo	83 SEXO M ☐ F ☒	84 NASCIMENTO 11/10/19
	85 ENDEREÇO Rua Raimundo Melo 242, Sobral	86 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	87 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº ☒
	88 COND.ÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG ☒ 3 PEDESTRE ☐ 5	89 CONDUZIDA PARA	88 USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☐
	91 NOME Julianilton Chaves de Aguiar	92 SEXO M ☒ F ☐	93 NASCIMENTO 12/08/93
	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 ☐ 1 NÃO ☐

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 12/10/19
Jorge Eduardo

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informe que fomos acionados via ligação telefônica técnica realizada por Sr. Vitor V. para entrega ao Sr. Anton Lima CNH: 07822141965, que o veículo V2 foi entregue ao seu condutor, que o Cor. V1 tem um corte profundo no calcanhar direito e sua carteira, assim mencionado na ficha de ocorrência, que foi confeccionada. 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 Julianilton Chaves de Aguiar	106 NOME Nayquell Santos Almeida	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

Departamento Estadual de Trânsito

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 Bolívia

06 HORA DA OCORRÊNCIA

17:58

07 ZONA RURAL / URBANA

U

08 DATA

11/07/19

09 DIA DA SEMANA

Sáb

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

Julianilton 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

17/07/18

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 Saram

37 CARRO



39 MOTO



41 EXAME ALCOOLICO 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 ☒ 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

9BWA4052394115132

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

62 AVÁRIAS

Sin Frontal

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Para Trav. Habitasa, da Ceara para Estrada de Unim

66 AÇÃO DO CONDUTOR

Permaneceu no local

63 CARRO



65 MOTO



67 EXAME ALCOOLICO 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

por Eduardo

TESTEMUNHAS

75 NOME

78 ENDEREÇO

VÍTIMAS	82 NOME Flávia Amorim de Araújo	83 SEXO M ☐ F ☒	84 NASCIMENTO 11/10/1992
	85 ENDEREÇO Rua Raimundo Melo 242, Sobral	86 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	87 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº ☒
	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG ☒ 3 PEDESTRE ☐ 5	90 CONDUZIDA PARA	88 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☒
	91 NOME Julia Antonia 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 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 Saldado

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informo que foram acionados via Ciep. Que o veículo V1 foi entregue ao Sr. Antônio Lima CNH: 01822141965. Que o veículo V2 foi entregue ao Sr. Condutor que o carro estava manobrando na faixa lateral direita e sua placa é 32334. Informo que o veículo V1 foi entregue ao Sr. Antônio Lima CNH: 01822141965.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA VI	103 MOTORISTA V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO 3º SGT Hamilton
105 NOME Julia Antonia Chaves de Aguiar	106 NOME Nayquell Santos	107 NOME / RG 32334
108 ASSINATURA Impenitibilizado	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA
111 LOCAL Praça Brasil, Are		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: 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: _____ 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\$1.00 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: _____ 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 (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 - Testemunha
Assinatura
CPF
Nome completo

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

Julianilton Chaves de Aguiar

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: 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: intruzador 8 - Endereço: Rua Raimundo Melo 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) 99.987-2502 16 - Tel (DDD): (68) 99.987-2502

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: 68/9998-3322
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: ☒ RECURSO INFORMAR ☒ 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 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 (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 (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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Para contato
com a Energisa
Informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0277512-3

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães, 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.603/0001-70 | Inscrição estadual: 01.004.141/001-46
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica / Série Única

Nº da Nota Fiscal 006551952

A Tarifa Social de 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

PARÂMETROS	PVS	DATA DE VENCIMENTO
Atual:	5949	13/12/2019
Anterior:	5737	12/11/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 10/01/2020
Consumo Medido:	212	Emissão: 11/12/2019
Consumo Faturado:	212 FCAM	Apresentação: 13/12/2019

Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Irregularidade:

Dias de Condição: 31

Classe/Subclasse	Legenda	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	BI	BIF17207687		1.1.1.2	259

PERÍODO DE CONSUMO	CONSUMO	VALOR
NOV/19	268	192,49
OUT/19	253	7,99
SET/19	272	4,46
AGO/19	282	2,08
JUL/19	268	
JUN/19	258	
MAI/19	273	
ABR/19	211	
MAR/19	251	
FEV/19	213	

TARIFA SÓI TRIBUTOS:
B A 212 - 0,620156

CONSUMO 212 A R\$ 0,908000 = 192,49
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,99
MULTA POR ATRASO 10/19-00 4,46
JUROS DE MORA DE IMPO 10/19-00 2,08
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 1,13
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA 5,30

DEBITOS JA REAVISADOS	Valor R\$
Mes/Ano 11/2019	252,30

Informamos existirem débitos vencidos! O valor de R\$ 252,30 (sem acréscimos legais) até esta data. O débito(s) já renhido(s) sido pago(s), a partir do atendimento da Eletrobras Distribuição ou, caso contrário, provida(s) 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 C242.5BE1.360F.86DB.69DF.5E4B.FB23.D708

COMPARAÇÃO COM O ANTERIOR	IMPOSTOS E TRIBUTOS
Distribuição: 52,10	Base de Cálculo: 192,49
Energia: 61,44	Alíquota ICMS: 25,00%
Transmissão: 1,57	Valor do ICMS: 48,12
Encargos: 18,07	Valor do PIS: 1,99
Tributos: 59,31	Valor do COFINS: 9,20

INDICADOR DE CONTINUIDADE	DIC	FIC	DMIC	DICR
Índice	0,60	1,00	0,60	
Realidade	11,72	23,44	46,89	5,54

Condição: TAQUARI
ROT: 10.001.10.07.001760 SEQ.: 00309
Período de operação: 10/2019 EUSD: 93,94

ROT: 10.001.10.07.001760 SEQ.: 00309



SEU CÓDIGO
0277512-3

TOTAL A PAGAR - R\$
207,02

MÊS FATURADO
12/2019

VENCIMENTO
28/12/2019

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães, 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.603/0001-70 | Inscrição estadual: 01.004.141/001-46

Nº da Nota Fiscal: 006551952

FCAM

RECIBO DO ARRECADADOR

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

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: 04.065.603/0001-70
Rua Valério Magalhães, 226 - Bosque - Rio Branco - AC

83680000002 5 07020045000 8 00000000277 4 51231219006 0



Para contato
com a Energisa,
Informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0277512-3

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães, 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Inscrição Estadual: 01.004.141/001-46
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica / Serviço Único

Nº da Nota Fiscal 006551952

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 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
Constante de Multiplicação: 1,000			FCAM
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 31	

Classificação	Ligação	Nome do Cliente	Ponto	Código Fat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	BI	BIF17207687		1.1.1.2	259

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:			
B A 212 - 0,628156			
CONSUMO 212 A R\$ 0,980000 =			192,49
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)			7,99
MULTA POR ATRASO 10/19 - R\$			4,46
JUROS DE MORA DE IMPO 10/19-00			2,08
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA			1,13
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA			5,30

DEBITOS JA REAVISADOS	Valor R\$	Informações
11/2019	252,30	Informações existentes de débitos vencidos: não há débitos vencidos a serem pagos, pois os débitos já foram pagos, a partir do atendimento da Eletrobras Distribuição e a partir do 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 C242.5BE1.360F.86DB.690F.5E48.FB23.D708

DISTRIBUIÇÃO DE CUSTOS		IMPOSTOS E TAXAS	
Distribuição:	52,10	Base de Cálculo:	192,49
Energia:	61,44	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	1,57	Valor do ICMS:	48,12
Encargos:	18,07	Valor do PIS:	1,99
Tributos:	59,31	Valor do COFINS:	9,20

	QIC			FIC			DIAC	DICRI
	Plano	Trimestral	Anual	Plano	Trimestral	Anual	Plano	Plano
Link	0,60			1,00			0,60	
Resposta	11,72	23,44	46,89	5,54	11,09	22,18	6,05	

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

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

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, 226 - 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
ENDEREÇO.....: TRAVESSA AMAPA BAIRRO: CERAMICA NUMERO: 35
COMPLEMENTO.....: UF: AC CEP...:
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO /BERENICE LIMA DE AGUIAR
NOME PAI/MAE...: AIRTON LIMA DE AGUIAR TEL...: 999934721
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[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:
recebido no SAMU com queixa de dor no abdome superior, dor no peito de caráter espontâneo
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
em colapso
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: PRESCRICAO CID: HORARIO DA MEDICACAO
Qlx pe @ 1. bronco @
2. bronco 2 @
3. bronco 4 @
4. bronco 6 @
5. bronco 8 @
6. bronco 10 @
7. bronco 12 @
8. bronco 14 @
9. bronco 16 @
10. bronco 18 @
11. bronco 20 @
12. bronco 22 @
13. bronco 24 @
14. bronco 26 @
15. bronco 28 @
16. bronco 30 @
17. bronco 32 @
18. bronco 34 @
19. bronco 36 @
20. bronco 38 @
21. bronco 40 @
22. bronco 42 @
23. bronco 44 @
24. bronco 46 @
25. bronco 48 @
26. bronco 50 @
27. bronco 52 @
28. bronco 54 @
29. bronco 56 @
30. bronco 58 @
31. bronco 60 @
32. bronco 62 @
33. bronco 64 @
34. bronco 66 @
35. bronco 68 @
36. bronco 70 @
37. bronco 72 @
38. bronco 74 @
39. bronco 76 @
40. bronco 78 @
41. bronco 80 @
42. bronco 82 @
43. bronco 84 @
44. bronco 86 @
45. bronco 88 @
46. bronco 90 @
47. bronco 92 @
48. bronco 94 @
49. bronco 96 @
50. bronco 98 @
51. bronco 100 @
52. bronco 102 @
53. bronco 104 @
54. bronco 106 @
55. bronco 108 @
56. bronco 110 @
57. bronco 112 @
58. bronco 114 @
59. bronco 116 @
60. bronco 118 @
61. bronco 120 @
62. bronco 122 @
63. bronco 124 @
64. bronco 126 @
65. bronco 128 @
66. bronco 130 @
67. bronco 132 @
68. bronco 134 @
69. bronco 136 @
70. bronco 138 @
71. bronco 140 @
72. bronco 142 @
73. bronco 144 @
74. bronco 146 @
75. bronco 148 @
76. bronco 150 @
77. bronco 152 @
78. bronco 154 @
79. bronco 156 @
80. bronco 158 @
81. bronco 160 @
82. bronco 162 @
83. bronco 164 @
84. bronco 166 @
85. bronco 168 @
86. bronco 170 @
87. bronco 172 @
88. bronco 174 @
89. bronco 176 @
90. bronco 178 @
91. bronco 180 @
92. bronco 182 @
93. bronco 184 @
94. bronco 186 @
95. bronco 188 @
96. bronco 190 @
97. bronco 192 @
98. bronco 194 @
99. bronco 196 @
100. bronco 198 @
101. bronco 200 @
102. bronco 202 @
103. bronco 204 @
104. bronco 206 @
105. bronco 208 @
106. bronco 210 @
107. bronco 212 @
108. bronco 214 @
109. bronco 216 @
110. bronco 218 @
111. bronco 220 @
112. bronco 222 @
113. bronco 224 @
114. bronco 226 @
115. bronco 228 @
116. bronco 230 @
117. bronco 232 @
118. bronco 234 @
119. bronco 236 @
120. bronco 238 @
121. bronco 240 @
122. bronco 242 @
123. bronco 244 @
124. bronco 246 @
125. bronco 248 @
126. bronco 250 @
127. bronco 252 @
128. bronco 254 @
129. bronco 256 @
130. bronco 258 @
131. bronco 260 @
132. bronco 262 @
133. bronco 264 @
134. bronco 266 @
135. bronco 268 @
136. bronco 270 @
137. bronco 272 @
138. bronco 274 @
139. bronco 276 @
140. bronco 278 @
141. bronco 280 @
142. bronco 282 @
143. bronco 284 @
144. bronco 286 @
145. bronco 288 @
146. bronco 290 @
147. bronco 292 @
148. bronco 294 @
149. bronco 296 @
150. bronco 298 @
151. bronco 300 @
152. bronco 302 @
153. bronco 304 @
154. bronco 306 @
155. bronco 308 @
156. bronco 310 @
157. bronco 312 @
158. bronco 314 @
159. bronco 316 @
160. bronco 318 @
161. bronco 320 @
162. bronco 322 @
163. bronco 324 @
164. bronco 326 @
165. bronco 328 @
166. bronco 330 @
167. bronco 332 @
168. bronco 334 @
169. bronco 336 @
170. bronco 338 @
171. bronco 340 @
172. bronco 342 @
173. bronco 344 @
174. bronco 346 @
175. bronco 348 @
176. bronco 350 @
177. bronco 352 @
178. bronco 354 @
179. bronco 356 @
180. bronco 358 @
181. bronco 360 @
182. bronco 362 @
183. bronco 364 @
184. bronco 366 @
185. bronco 368 @
186. bronco 370 @
187. bronco 372 @
188. bronco 374 @
189. bronco 376 @
190. bronco 378 @
191. bronco 380 @
192. bronco 382 @
193. bronco 384 @
194. bronco 386 @
195. bronco 388 @
196. bronco 390 @
197. bronco 392 @
198. bronco 394 @
199. bronco 396 @
200. bronco 398 @
201. bronco 400 @
202. bronco 402 @
203. bronco 404 @
204. bronco 406 @
205. bronco 408 @
206. bronco 410 @
207. bronco 412 @
208. bronco 414 @
209. bronco 416 @
210. bronco 418 @
211. bronco 420 @
212. bronco 422 @
213. bronco 424 @
214. bronco 426 @
215. bronco 428 @
216. bronco 430 @
217. bronco 432 @
218. bronco 434 @
219. bronco 436 @
220. bronco 438 @
221. bronco 440 @
222. bronco 442 @
223. bronco 444 @
224. bronco 446 @
225. bronco 448 @
226. bronco 450 @
227. bronco 452 @
228. bronco 454 @
229. bronco 456 @
230. bronco 458 @
231. bronco 460 @
232. bronco 462 @
233. bronco 464 @
234. bronco 466 @
235. bronco 468 @
236. bronco 470 @
237. bronco 472 @
238. bronco 474 @
239. bronco 476 @
240. bronco 478 @
241. bronco 480 @
242. bronco 482 @
243. bronco 484 @
244. bronco 486 @
245. bronco 488 @
246. bronco 490 @
247. bronco 492 @
248. bronco 494 @
249. bronco 496 @
250. bronco 498 @
251. bronco 500 @
252. bronco 502 @
253. bronco 504 @
254. bronco 506 @
255. bronco 508 @
256. bronco 510 @
257. bronco 512 @
258. bronco 514 @
259. bronco 516 @
260. bronco 518 @
261. bronco 520 @
262. bronco 522 @
263. bronco 524 @
264. bronco 526 @
265. bronco 528 @
266. bronco 530 @
267. bronco 532 @
268. bronco 534 @
269. bronco 536 @
270. bronco 538 @
271. bronco 540 @
272. bronco 542 @
273. bronco 544 @
274. bronco 546 @
275. bronco 548 @
276. bronco 550 @
277. bronco 552 @
278. bronco 554 @
279. bronco 556 @
280. bronco 558 @
281. bronco 560 @
282. bronco 562 @
283. bronco 564 @
284. bronco 566 @
285. bronco 568 @
286. bronco 570 @
287. bronco 572 @
288. bronco 574 @
289. bronco 576 @
290. bronco 578 @
291. bronco 580 @
292. bronco 582 @
293. bronco 584 @
294. bronco 586 @
295. bronco 588 @
296. bronco 590 @
297. bronco 592 @
298. bronco 594 @
299. bronco 596 @
300. bronco 598 @
301. bronco 600 @
302. bronco 602 @
303. bronco 604 @
304. bronco 606 @
305. bronco 608 @
306. bronco 610 @
307. bronco 612 @
308. bronco 614 @
309. bronco 616 @
310. bronco 618 @
311. bronco 620 @
312. bronco 622 @
313. bronco 624 @
314. bronco 626 @
315. bronco 628 @
316. bronco 630 @
317. bronco 632 @
318. bronco 634 @
319. bronco 636 @
320. bronco 638 @
321. bronco 640 @
322. bronco 642 @
323. bronco 644 @
324. bronco 646 @
325. bronco 648 @
326. bronco 650 @
327. bronco 652 @
328. bronco 654 @
329. bronco 656 @
330. bronco 658 @
331. bronco 660 @
332. bronco 662 @
333. bronco 664 @
334. bronco 666 @
335. bronco 668 @
336. bronco 670 @
337. bronco 672 @
338. bronco 674 @
339. bronco 676 @
340. bronco 678 @
341. bronco 680 @
342. bronco 682 @
343. bronco 684 @
344. bronco 686 @
345. bronco 688 @
346. bronco 690 @
347. bronco 692 @
348. bronco 694 @
349. bronco 696 @
350. bronco 698 @
351. bronco 700 @
352. bronco 702 @
353. bronco 704 @
354. bronco 706 @
355. bronco 708 @
356. bronco 710 @
357. bronco 712 @
358. bronco 714 @
359. bronco 716 @
360. bronco 718 @
361. bronco 720 @
362. bronco 722 @
363. bronco 724 @
364. bronco 726 @
365. bronco 728 @
366. bronco 730 @
367. bronco 732 @
368. bronco 734 @
369. bronco 736 @
370. bronco 738 @
371. bronco 740 @
372. bronco 742 @
373. bronco 744 @
374. bronco 746 @
375. bronco 748 @
376. bronco 750 @
377. bronco 752 @
378. bronco 754 @
379. bronco 756 @
380. bronco 758 @
381. bronco 760 @
382. bronco 762 @
383. bronco 764 @
384. bronco 766 @
385. bronco 768 @
386. bronco 770 @
387. bronco 772 @
388. bronco 774 @
389. bronco 776 @
390. bronco 778 @
391. bronco 780 @
392. bronco 782 @
393. bronco 784 @
394. bronco 786 @
395. bronco 788 @
396. bronco 790 @
397. bronco 792 @
398. bronco 794 @
399. bronco 796 @
400. bronco 798 @
401. bronco 800 @
402. bronco 802 @
403. bronco 804 @
404. bronco 806 @
405. bronco 808 @
406. bronco 810 @
407. bronco 812 @
408. bronco 814 @
409. bronco 816 @
410. bronco 818 @
411. bronco 820 @
412. bronco 822 @
413. bronco 824 @
414. bronco 826 @
415. bronco 828 @
416. bronco 830 @
417. bronco 832 @
418. bronco 834 @
419. bronco 836 @
420. bronco 838 @
421. bronco 840 @
422. bronco 842 @
423. bronco 844 @
424. bronco 846 @
425. bronco 848 @
426. bronco 850 @
427. bronco 852 @
428. bronco 854 @
429. bronco 856 @
430. bronco 858 @
431. bronco 860 @
432. bronco 862 @
433. bronco 864 @
434. bronco 866 @
435. bronco 868 @
436. bronco 870 @
437. bronco 872 @
438. bronco 874 @
439. bronco 876 @
440. bronco 878 @
441. bronco 880 @
442. bronco 882 @
443. bronco 884 @
444. bronco 886 @
445. bronco 888 @
446. bronco 890 @
447. bronco 892 @
448. bronco 894 @
449. bronco 896 @
450. bronco 898 @
451. bronco 900 @
452. bronco 902 @
453. bronco 904 @
454. bronco 906 @
455. bronco 908 @
456. bronco 910 @
457. bronco 912 @
458. bronco 914 @
459. bronco 916 @
460. bronco 918 @
461. bronco 920 @
462. bronco 922 @
463. bronco 924 @
464. bronco 926 @
465. bronco 928 @
466. bronco 930 @
467. bronco 932 @
468. bronco 934 @
469. bronco 936 @
470. bronco 938 @
471. bronco 940 @
472. bronco 942 @
473. bronco 944 @
474. bronco 946 @
475. bronco 948 @
476. bronco 950 @
477. bronco 952 @
478. bronco 954 @
479. bronco 956 @
480. bronco 958 @
481. bronco 960 @
482. bronco 962 @
483. bronco 964 @
484. bronco 966 @
485. bronco 968 @
486. bronco 970 @
487. bronco 972 @
488. bronco 974 @
489. bronco 976 @
490. bronco 978 @
491. bronco 980 @
492. bronco 982 @
493. bronco 984 @
494. bronco 986 @
495. bronco 988 @
496. bronco 990 @
497. bronco 992 @
498. bronco 994 @
499. bronco 996 @
500. bronco 998 @
501. bronco 1000 @

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

1. *Chlorophyll a* (Chl *a*)
 2. *Chlorophyll b* (Chl *b*)
 3. *Chlorophyll c* (Chl *c*)
 4. *Chlorophyll d* (Chl *d*)
 5. *Chlorophyll e* (Chl *e*)
 6. *Chlorophyll f* (Chl *f*)
 7. *Chlorophyll g* (Chl *g*)
 8. *Chlorophyll h* (Chl *h*)
 9. *Chlorophyll i* (Chl *i*)
 10. *Chlorophyll j* (Chl *j*)
 11. *Chlorophyll k* (Chl *k*)
 12. *Chlorophyll l* (Chl *l*)
 13. *Chlorophyll m* (Chl *m*)
 14. *Chlorophyll n* (Chl *n*)
 15. *Chlorophyll o* (Chl *o*)
 16. *Chlorophyll p* (Chl *p*)
 17. *Chlorophyll q* (Chl *q*)
 18. *Chlorophyll r* (Chl *r*)
 19. *Chlorophyll s* (Chl *s*)
 20. *Chlorophyll t* (Chl *t*)
 21. *Chlorophyll u* (Chl *u*)
 22. *Chlorophyll v* (Chl *v*)
 23. *Chlorophyll w* (Chl *w*)
 24. *Chlorophyll x* (Chl *x*)
 25. *Chlorophyll y* (Chl *y*)
 26. *Chlorophyll z* (Chl *z*)
 27. *Chlorophyll aa* (Chl *aa*)
 28. *Chlorophyll ab* (Chl *ab*)
 29. *Chlorophyll ac* (Chl *ac*)
 30. *Chlorophyll ad* (Chl *ad*)
 31. *Chlorophyll ae* (Chl *ae*)
 32. *Chlorophyll af* (Chl *af*)
 33. *Chlorophyll ag* (Chl *ag*)
 34. *Chlorophyll ah* (Chl *ah*)
 35. *Chlorophyll ai* (Chl *ai*)
 36. *Chlorophyll aj* (Chl *aj*)
 37. *Chlorophyll ak* (Chl *ak*)
 38. *Chlorophyll al* (Chl *al*)
 39. *Chlorophyll am* (Chl *am*)
 40. *Chlorophyll an* (Chl *an*)
 41. *Chlorophyll ao* (Chl *ao*)
 42. *Chlorophyll ap* (Chl *ap*)
 43. *Chlorophyll aq* (Chl *aq*)
 44. *Chlorophyll ar* (Chl *ar*)
 45. *Chlorophyll as* (Chl *as*)
 46. *Chlorophyll at* (Chl *at*)
 47. *Chlorophyll au* (Chl *au*)
 48. *Chlorophyll av* (Chl *av*)
 49. *Chlorophyll aw* (Chl *aw*)
 50. *Chlorophyll ax* (Chl *ax*)
 51. *Chlorophyll ay* (Chl *ay*)
 52. *Chlorophyll az* (Chl *az*)
 53. *Chlorophyll aza* (Chl *aza*)
 54. *Chlorophyll abz* (Chl *abz*)
 55. *Chlorophyll acz* (Chl *acz*)
 56. *Chlorophyll adz* (Chl *adz*)
 57. *Chlorophyll aez* (Chl *aez*)
 58. *Chlorophyll afz* (Chl *afz*)
 59. *Chlorophyll agz* (Chl *agz*)
 60. *Chlorophyll ahz* (Chl *ahz*)
 61. *Chlorophyll aiz* (Chl *aiz*)
 62. *Chlorophyll ajz* (Chl *ajz*)
 63. *Chlorophyll akz* (Chl *akz*)
 64. *Chlorophyll alz* (Chl *alz*)
 65. *Chlorophyll amz* (Chl *amz*)
 66. *Chlorophyll anz* (Chl *anz*)
 67. *Chlorophyll aoz* (Chl *aoz*)
 68. *Chlorophyll apz* (Chl *apz*)
 69. *Chlorophyll aqz* (Chl *aqz*)
 70. *Chlorophyll arz* (Chl *arz*)
 71. *Chlorophyll asz* (Chl *asz*)
 72. *Chlorophyll atz* (Chl *atz*)
 73. *Chlorophyll auz* (Chl *auz*)
 74. *Chlorophyll avz* (Chl *avz*)
 75. *Chlorophyll awz* (Chl *awz*)
 76. *Chlorophyll axz* (Chl *axz*)
 77. *Chlorophyll ayz* (Chl *ayz*)
 78. *Chlorophyll azz* (Chl *azz*)
 79. *Chlorophyll azaa* (Chl *aza*
 80. *Chlorophyll abz* (Chl *abz*)
 81. *Chlorophyll acz* (Chl *acz*)
 82. *Chlorophyll adz* (Chl *adz*)
 83. *Chlorophyll aez* (Chl *aez*)
 84. *Chlorophyll afz* (Chl *afz*)
 85. *Chlorophyll agz* (Chl *agz*)
 86. *Chlorophyll ahz* (Chl *ahz*)
 87. *Chlorophyll aiz* (Chl *aiz*)
 88. *Chlorophyll ajz* (Chl *ajz*)
 89. *Chlorophyll akz* (Chl *akz*)
 90. *Chlorophyll alz* (Chl *alz*)
 91. *Chlorophyll amz* (Chl *amz*)
 92. *Chlorophyll anz* (Chl *anz*)
 93. *Chlorophyll aoz* (Chl *aoz*)
 94. *Chlorophyll apz* (Chl *apz*)
 95. *Chlorophyll aqz* (Chl *aqz*)
 96. *Chlorophyll arz* (Chl *arz*)
 97. *Chlorophyll asz* (Chl *asz*)
 98. *Chlorophyll atz* (Chl *atz*)
 99. *Chlorophyll auz* (Chl *auz*)
 100. *Chlorophyll avz* (Chl *avz*)
 101. *Chlorophyll awz* (Chl *awz*)
 102. *Chlorophyll axz* (Chl *axz*)
 103. *Chlorophyll ayz* (Chl *ayz*)
 104. *Chlorophyll azz* (Chl *azz*)
 105. *Chlorophyll azaa* (Chl *aza*
 106. *Chlorophyll abz* (Chl *abz*)
 107. *Chlorophyll acz* (Chl *acz*)
 108. *Chlorophyll adz* (Chl *adz*)
 109. *Chlorophyll aez* (Chl *aez*)
 110. *Chlorophyll afz* (Chl *afz*)
 111. *Chlorophyll agz* (Chl *agz*)
 112. *Chlorophyll ahz* (Chl *ahz*)
 113. *Chlorophyll aiz* (Chl *aiz*)
 114. *Chlorophyll ajz* (Chl *ajz*)
 115. *Chlorophyll akz* (Chl *akz*)
 116. *Chlorophyll alz* (Chl *alz*)
 117. *Chlorophyll amz* (Chl *amz*)
 118. *Chlorophyll anz* (Chl *anz*)
 119. *Chlorophyll aoz* (Chl *aoz*)
 120. *Chlorophyll apz* (Chl *apz*)
 121. *Chlorophyll aqz* (Chl *aqz*)
 122. *Chlorophyll arz* (Chl *arz*)
 123. *Chlorophyll asz* (Chl *asz*)
 124. *Chlorophyll atz* (Chl *atz*)
 125. *Chlorophyll auz* (Chl *auz*)
 126. *Chlorophyll avz* (Chl *avz*)
 127. *Chlorophyll awz* (Chl *awz*)
 128. *Chlorophyll axz* (Chl *axz*)
 129. *Chlorophyll ayz* (Chl *ayz*)
 130. *Chlorophyll azz* (Chl *azz*)
 131. *Chlorophyll azaa* (Chl *aza*
 132. *Chlorophyll abz* (Chl *abz*)
 133. *Chlor*

1350m

co
ru
:

08 SEP 1964

ESTO

5110 RD 15 or Charles V. 170403

12-15

NOTES

RESORCINOLO MEDICI

706

19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1

19/5/19

IV - 850m

$\partial C(F) \cap A \times \{0\} = \emptyset + \partial D$

CONFORME COPIA ORIGINAL

10/11/1967

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 NUMERO: 35
COMPLEMENTO: BAIRRO: CERAMICA UF: AC CEP...:
MUNICIPIO: RIO BRANCO /BERENICE LIMA DE AGUIAR
NOME PAI/MAE: AIRTON LIMA DE AGUIAR TEL...: 999934721
RESPONSÁVEL: 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 [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:
recebido pelo SAMU com queixa de dor no abdome superior, dor no peito de caráter espontâneo
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/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

501000150 Chavei D. D. Aguiar

OBSERVAÇÃO

LEITO

DATA

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ACARDO

30 NOV 2019 17:33:10

19/03/19

IV Agem

0 CIE - TNA - Lema + AD

Dr. Paulo Roberto
Mendes Lima
Médico Geral

ASL-0027676/20
thayane.felix.0121
06/04/2020 17:33:10

ASL-0027676/20
thayane.felix.0121
06/04/2020 17:33:10

ASL-0027676/20
thayane.felix.0121
06/04/2020 17:33:10

ASL-0027676/20
thayane.felix.0121
06/04/2020 17:33:10



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INTERIOREZA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1824360259

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1824360259

ACRE

AC

NOME
 JULIANE LIMA CHAVES DE AGUIAR

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
 13085372 SSPC AC

CPF
 044.061.433-06

DATA NASCIMENTO
 20/08/1999

FILIAÇÃO
 AILTON LIMA DE AGUIAR
 MARIA JULIANA CHAVES
 LIMA

ESTADO CIVIL
 SOLTEIRO

CAT. FARM.
 AB

Nº REGISTRO
 07090174995

VALIDADE
 28/02/2023

1ª HABILITAÇÃO
 17/07/2018

OBSERVAÇÕES

Juliane LIMA Chaves de Aguiar

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

LOCAL
 RIO BRANCO, AC

DATA EMISSÃO
 07/08/2019

LAUDO CENSO DE HABITAÇÃO
 ASSINATURA DO TÉCNICO

07430718509
 AC609056634

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 R.N.T.R.C. 2019

NOME DANIEL DE LIMA SILVA

PLACA AC

CPF / CNPJ 852.376.552-20

PLACA NAF 5396

PLACA ANT / LT NAF 5396

CHASSI PC6KE1950F0034950

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETO/NAO

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA / TBR125 FACTOR K1

ANO FAB 2014

CPF / POT / QIL 2P/0124CC/

CATEGORIA PARTICU

CCR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTAS

*PAGOS

PARCELA MENTO / COTAS

1* 2* 3*

PREMIO TARIFARIO (R\$)

R\$0.32

PREMIO TOTAL (R\$) R\$84.58

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$4.15

DATA DE PAGAMENTO 05/07/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO * BENEFICIARIO

LOCAL

RIO BRANCO-AC

DATA 12/07/2019

AC Nº 014720894310 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCICIO 2019 DATA EMISSAO 12/07/2019

VA 01 852.376.552-20

CPF / CNPJ

PLACA NAF 5396

RENAVAM 01245859320

MARCA / MODELO YAMAHA / TBR125 FACTOR K1

ANO FAB 2014

CHASSI PC6KE1950F0034950

PRÊMIO TARIFÁRIO

PAS (R\$)

R\$36.05

DENATRAN (R\$)

R\$4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$4.15

IOF (R\$)

R\$40.32

TOTAL A SER PAGADO (R\$)

R\$84.58

☒ COTA UNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELA DO

DATA DE QUITACAO 05/07/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.243.804/0001-04



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

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

CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - AC CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 014720894310			
VA	COD. RENAVAM	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
01	01243859320	2019	12/07/2019
NOME: DANIEL DE LIMA SILVA			
CPF / CNPJ		PLACA	AC
852.376.552-20		NAF 5396	
PLACA ANT. / UF		QUASI	
NAF 5396		PC6KE1950F0034950	
ESPÉCIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLETO/NAO		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
YAMAHA / TDR125 FACTOR K1		2014 / 2013	
CAF / POT. / CL.	CATEGORIA	COR PRE DOMINANTE	
2P/0124CC	PARICU	VERMELHA	
1	COTA ÚNICA	VENIC. / COTAS	
P	FAVIA LTV/A	1	
V	FAVIA LTV/A	2	
A	FAVIA LTV/A	3	
PRÊMIO TARIF. ANO (R\$)		TOT. (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
R\$40.32		R\$40.32	R\$40.32
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BENEFICIÁRIO		DATA DE PAGAMENTO	
R10 BRANCO-AC		12/07/2019	

AC Nº 014720894310				BILHETE DE SEGURO DPVAT	
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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					
VA	RENAVAM	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO		
01	01243859320	2019	12/07/2019		
CPF / CNPJ		PLACA			
852.376.552-20		NAF 5396			
MARCA / MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.			
YAMAHA / TDR125 FACTOR K1		2014 / 2013			
CAF / POT. / CL.		CATEGORIA	COR PRE DOMINANTE		
2P/0124CC		PARICU	VERMELHA		
1		COTA ÚNICA	VENIC. / COTAS		
P		FAVIA LTV/A	1		
V		FAVIA LTV/A	2		
A		FAVIA LTV/A	3		
PRÊMIO TARIF. ANO (R\$)		TOT. (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)		
R\$40.32		R\$40.32	R\$40.32		
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BENEFICIÁRIO		DATA DE PAGAMENTO			
R10 BRANCO-AC		12/07/2019			



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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

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

JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MAIRLA LIMA DE SOUZA

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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: 044.061.452.06

Nome do solicitante: Juliarlinton Chaves de Aguiar

CPF do solicitante: 044.061.452.06

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (68) 9998-3322 Tel. Comercial: (68) 99987-2502 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 do Seguro 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 seu 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