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

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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 inexiste 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 sequela 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

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, 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

Seguradora LÍDER

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: Juliarlinton Chaves de Aguiar

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Juliarlinton Chaves de Aguiar

6 - CPF: 044.061.452-06

7 - Profissão: entregador

8 - Endereço: Rua Raimundo melo

9 - Número: 242

10 - Complemento: casa

11 - Bairro: Ayrton 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)99918-3322

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☒ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco da Amazônia

AGÊNCIA: 044 2 (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 034378 0 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do vitima ou beneficiário não alfabetizado

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

TESTEMUNHAS

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

Juliarlinton Chaves de Aguiar

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora LÍDER

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: Juliarlinton Chaves de Aguiar

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: Juliarlinton Chaves de Aguiar

6 - CPF: 044.061.452-06

7 - Profissão: Entregador

8 - Endereço: Rua Raimundo Melo

9 - Número: 242

10 - Complemento: Sapo

11 - Bairro: Ayrton 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

(68) 99918-3322

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☒ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco da Amazônia

AGÊNCIA: 044 2 (Informar o dígito se existir) CONTA: 034378 0 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

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

Juliarlinton Chaves de Aguiar

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 11:58 — 07 ZONA: RURAL [ ] URBANA [X] — 08 DATA: 11/07/19 — 09 DIA DA SEMANA: Sex

10 NATUREZA DO ACIDENTE: ATROPELAMENTO [ ] 1; COLISÃO [X] 3; TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM [ ] 5; CHOQUE COM OBJETO FIXO [ ] 7; OUTRA (ESPECIFICAR) [ ] 9

11 TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO [X] 1; CONCRETO [ ] 3; PARALELEPÍPEDO [ ] 5; CASCALHO [ ] 7; TERRA [ ] 9; AREIA [ ] 2

12 CONDIÇÕES DA VIA: SECA [X] 1; MOLHADO [ ] 3; OLEOSA [ ] 5; ENLAMEADA [ ] 7; DANIFICADA [ ] 9; OBRAS [ ] 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO: BOM [X] 1; CHUVA [ ] 3; NEBLINA [ ] 5; GAROA [ ] 7

14 Nº DE VEÍCULOS: 02 (dois)

15 Nº DE VÍTIMAS: 02 (duas) — SEM VÍTIMAS [ ] — COM VÍTIMAS [X]

VEÍCULO / CONDUTOR 1

16 NOME CONDUTOR: Julianlinton Chaves de Aguiar — 17 SEXO: M [X] 1 F [ ] 3 — 18 NASCIMENTO: 12/01/98

19 ENDEREÇO: Rua Raimundo Melo, 242 Sobral (999573453)

20 1ª HABILITAÇÃO: 17/07/18 — 21 CATEGORIA: AB — 22 PRONTUÁRIO: 07090174993 — 23 UF: AC — 24 EX. MÉDICO EM DIA: SIM [X] 1 NÃO [ ] 3 — 25 USAVA CINTO: SIM [ ] 1 NÃO [ ] 3 — 26 USAVA CAPACETE: SIM [ ] 1 NÃO [ ] 3

27 MARCA: Yamaha/YBR 125 FACER — 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: 9C6KE1950F0034950 — 35 COMPARECEU NO POSTO: SIM [ ] NÃO [ ]

36 AVARIAS: Setor frontal e lateral direito

37 CARRO — 39 MOTO — PONTOS

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA: Centro x Bairro no sentido Sup. Araújo x Ponte

40 AÇÃO DO CONDUTOR: Conduzido ao P.S pelo Samu

41 EXAME ALCOOLICO REALIZADO: SIM [ ] NÃO [ ] — BAF

VEÍCULO / CONDUTOR 2

42 NOME CONDUTOR: Nayguell Santos Alves (999356372 — 43 SEXO: M [X] 1 F [ ] 3 — 44 NASCIMENTO: 18/19/84

45 ENDEREÇO: Rua Edmundo Pinto, 450 Escos Rosos

46 1ª HABILITAÇÃO: 16/02/05 — 47 CATEGORIA: AB — 48 PRONTUÁRIO: 03809526870 — 49 UF: AC — 50 EX. MÉDICO EM DIA: SIM [X] 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: Nayguell Santos Alves — 59 ENDEREÇO: —

60 CHASSIS: 9BWAA05Z394115132 — 61 COMPARECEU NO POSTO: SIM [ ] NÃO [X]

62 AVARIAS: Setor frontal

63 CARRO — 65 MOTO — PONTOS

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA: Pela trav. Habitasa, da Ceará para Estrada do Usina

66 AÇÃO DO CONDUTOR: Permaneceu no local

67 EXAME ALCOOLICO REALIZADO: SIM [X] NÃO [ ] — BAF

TESTEMUNHAS

Nº 1: 68 NOME — 69 SEXO: M [ ] 1 F [ ] 3 — 70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO — 72 IDENTIDADE Nº — 73 ÓRGÃO EMISSOR — 74 UF

Nº 2: 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

Jorge Eduardo

VÍTIMAS

82 NOME: Flavia Amorim de Araujo
83 SEXO: M ☐ F ☒
84 NASCIMENTO: 11/10/19
85 ENDEREÇO: Rua Raimundo Melo 242, Sobral
86 FERIMENTOS: LEVES 1 ☐ GRAVES 2 ☐ FATAIS 3 ☐
87 VIAJAVA NO VEÍCULO Nº: 1
88 USAVA CINTO: SIM ☐ 1 NÃO ☐
89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA: CONDUTOR ☐ 1 PASSAG. ☒ 3 PEDESTRE ☐ 5
90 CONDUZIDA PARA:

91 NOME: Julicarlinton Chaves de Aguiar
92 SEXO: M ☒ F ☐
93 NASCIMENTO: 12/09/99
94 ENDEREÇO: Rua Raimundo Melo 242, Sobral
95 FERIMENTOS: LEVES 1 ☐ GRAVES 2 ☐ FATAIS 3 ☐
96 VIAJAVA NO VEÍCULO Nº: 1
97 USAVA CINTO: SIM ☐ 1 NÃO ☐
98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA: CONDUTOR ☒ 1 PASSAG. ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5
99 CONDUZIDA PARA: I.S pelo Samu

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 12/08/19
Jorge Eduardo

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informo que fomos acionados via ciop, onde a polícia técnica realizou a perícia, onde o veículo V2 foi entregue ao Sr. Antonio Linda CNH: 01827141755, onde o veículo V2 foi entregue ao seu condutor, que o condutor V1 teve um corte profundo na calcanhar direito e sua passageira foi medicada na tibia lado direito, que foi encaminhada para o Hospital Municipal. Boletim informativo nº: 2019071911231031269.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA: V1
103 MOTORISTA: V2
104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO: 3º SGT
105 NOME: Julicarlinton Chaves de Aguiar
106 NOME: Nayguell Santos
107 NOME / RG: 3234
108 ASSINATURA: Impossibilitado
109 ASSINATURA:
110 ASSINATURA:
111 LOCAL: Rio Branco, Acre
112 DATA: 19/07/19

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: ☐ ☒

08 DATA: 11/07/19

09 DIA DA SEMANA: Sex

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 ☐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 (duas) — SEM VÍTIMAS ☐ — COM VÍTIMAS ☒

VEÍCULO / CONDUTOR V1

16 NOME CONDUTOR: Julio Clinton Chaves de Aguiar

17 SEXO: M☒1 F☐3

18 NASCIMENTO: 21/08/88

19 ENDEREÇO: Rua Raimundo Melo, 242 Sobral (999573453)

20 1ª HABILITAÇÃO: 17/07/18

21 CATEGORIA: AB

22 PRONTUÁRIO: 07091744993

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

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: 9C6KE1950F0034950

35 COMPARECEU NO POSTO: SIM☐ NÃO☐

36 AVARIAS: Setor frontal e lateral direito

37 CARRO

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA: Centro x Bairro no sentido Sup. Araújo x Ponte

39 MOTO

40 AÇÃO DO CONDUTOR: Conduzido ao P.S pelo Samu

PONTOS

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO: SIM☐ NÃO☐ BAF

VEÍCULO / CONDUTOR V2

42 NOME CONDUTOR: Nayguell Santos Alves (999356372

43 SEXO: M☒1 F☐3

44 NASCIMENTO: 18/09/81

45 ENDEREÇO: Rua Edmundo Pinto, 450 Escos Passos

46 1ª HABILITAÇÃO: 16/02/05

47 CATEGORIA: AB

48 PRONTUÁRIO: 03809526870

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: Nayguell Santos Alves

59 ENDEREÇO: —

60 CHASSIS: 9BWAA05Z394115132

61 COMPARECEU NO POSTO: SIM☐ NÃO☒

62 AVARIAS: Setor frontal

63 CARRO

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA: Pela trav. Habitasa, da Ceará para Estrada da Usina

65 MOTO

66 AÇÃO DO CONDUTOR: Permaneceu no local

PONTOS

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO: SIM☐ NÃO☐ BAF

TESTEMUNHAS

68 NOME: /

69 SEXO: M☐1 F☐3

70 NASCIMENTO: /

71 ENDEREÇO: / Nº

72 IDENTIDADE Nº: /

73 ÓRGÃO EMISSOR: /

74 UF: /

75 NOME: /

69 SEXO: M☐1 F☐3

77 NASCIMENTO: /

78 ENDEREÇO: / Nº

79 IDENTIDADE Nº: /

80 ÓRGÃO EMISSOR: /

81 UF: /

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 12/08/19

Jorge Eduardo

VÍTIMAS

V1

82 NOME: Aline Amorim de Araújo

83 SEXO: M ☐ F ☒

84 NASCIMENTO: 11/10/19

85 ENDEREÇO: Rua Raimundo Melo 242, Sobral

86 FERIMENTOS LEVES 1 ☐ GRAVES 2 ☐ FATAIS 3 ☐

87 VIAJAVA NO VEÍCULO Nº 1

88 USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☐

89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA: CONDUTOR ☐ 1 PASSAG. ☒ 3 PEDESTRE ☐ 5

90 CONDUZIDA PARA

V2

91 NOME: Judialinton Chaves de Aguiar

92 SEXO: M ☒ F ☐

93 NASCIMENTO: 20/08/19

94 ENDEREÇO: Rua Raimundo Melo 242, Sobral

95 FERIMENTOS LEVES 1 ☐ GRAVES 2 ☐ FATAIS 3 ☐

96 VIAJAVA NO VEÍCULO Nº 1

97 USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☐

98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA: CONDUTOR ☒ 1 PASSAG. ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5

99 CONDUZIDA PARA: 1-5 pelo Samu

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 12/08/19
Jorge Eduardo

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informo que fomos acionados via ciop que a polícia técnica realizou a perícia, que o veículo V1 foi entregue ao Sr. Anderson Linda CNH: 01827141765 e que o veículo V2 foi entregue ao seu condutor, que o condutor V1 teve um corte profundo na calcanhar direito e sua companheira V2 machucado na tibia lado direito, que foi conduzido ao B.O. informativo nº: 2019071911231031269.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA: V1

103 MOTORISTA: V2

104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO: 3º SGT [illegible]

105 NOME: Judialinton Chaves de Aguiar

106 NOME: Nayguell Santos [illegible]

107 NOME / RG: 3234

108 ASSINATURA: impossibilitado

109 ASSINATURA

110 ASSINATURA

111 LOCAL: Rio Branco, Acre

112 DATA: 19/07/19

Seguradora LÍDER

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: Juliarlinton Chaves de Aguiar

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Juliarlinton Chaves de Aguiar

6 - CPF: 044.061.452-06

7 - Profissão: entregador

8 - Endereço: Rua Raimundo melo

9 - Número: 242

10 - Complemento: casa

11 - Bairro: Ayrton 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)99918-3322

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☒ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco da Amazônia

AGÊNCIA: 044 2 (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 034378 0 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do vitima ou beneficiário não alfabetizado

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

TESTEMUNHAS

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

Juliarlinton Chaves de Aguiar

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora LÍDER

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: Juliarlinton Chaves de Aguiar

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: Juliarlinton Chaves de Aguiar

6 - CPF: 044.061.452-06

7 - Profissão: Intrigador

8 - Endereço: Rua Raimundo Melo

9 - Número: 242

10 - Complemento: Sapo

11 - Bairro: Ayrton 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) 99918-3322

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☒ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco da Amazônia

AGÊNCIA: 044 2 (Informar o dígito se existir) CONTA: 034378 0 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

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

Juliarlinton Chaves de Aguiar

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

energisa

Para contato com a Energisa, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO 0277512-3

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valerio Magalhães, 226 – Bosque – Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.023/0001-70 | 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 10.438 de 26 de abril de 2002

Referência	Apresentação	Consumo (kWh)	Total a Pagar (R$)
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

Medição Elétrica	kWh
Atual:	5949
Anterior:	5737
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo Medido:	212
Consumo Faturado:	212 FCAM

Datas Importantes	
Atual:	13/12/2019
Anterior:	12/11/2019
Próxima Leitura:	10/01/2020
Emissão:	11/12/2019
Apresentação:	13/12/2019

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 31

Dados Adicionais de Faturamento

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

Histórico (kWh)

Mês/Ano	Último 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 SEM TRIBUTOS:
0 A 212 - 0,628156

Demonstrativo da Conta

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 INPO 10/19-00		2,08
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	1,13	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	5,30	

Mensagem Importante / Atendimento

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano	Valor R$
11/2019	252,30

AVISO DE DEBITOS VENCIDOS

Informamos existir(em) debito(s) vencido(s) n. [illegible] valor ***252,30 (sem acrescimos legais) ate esta data. Caso o debito(s) ja tenha(m) sido pago(s), [illegible] atendimento da Eletrobras Distribuicao [illegible] provante(s) de pagamento.

RESERVISTA LICENCIADO NOS ULTIMOS 5 ANOS, [illegible] NET (WWW.EXARNET.EB.MIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/01/[illegible] MAIS PROXIMA, DE 09 A 16/12/2019.

RESERVADO AO FISCO C242.5BE1.360F.86DB.69DF.5E4B.FB23.D708

Composição da Conta R$

Distribuição:	52,10
Energia:	61,44
Transmissão:	1,57
Encargos:	18,07
Tributos:	59,31

Impostos Faturados R$

Base de Cálculo:		192,49
Alíquota ICMS:	25,00%	
Valor do ICMS:		48,12
Valor do PIS:	1,03%	1,99
Valor do COFINS:	4,78%	9,20

Indicadores de Continuidade

	DIC Mensal	DIC Trimestral	DIC Anual	FIC Mensal	FIC Trimestral	FIC Anual	DMIC Mensal	DICRI Mensal
Limite	0,60			1,00			0,60	
Realizado	11,72	23,44	46,89	5,54	11,09	22,18	6,05	

Conjunto: TAQUARI Período de Apuração: 10/2019 EUSD: 93,94

ROT: 10.001.10.07.001760 SEQ.: 00309

ROT: 10.001.10.07.001760 SEQ.: 00309

energisa

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 Valerio Magalhães, 226 – Bosque – Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.023/0001-70 | 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

BENEFICIARIO: COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A. CNPJ: 04.065.023/[illegible]
Rua Valerio Magalhaes, 226 - Bosque - Rio Branco - AC

83680000002 5 07020045000 8 00000000277 4 51231219006 0

energisa

Para contato com a Energisa, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO 0277512-3

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valerio 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 / Série Única

Nº da Nota Fiscal 006551952

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
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

LEITURA FATURADA	KWH	
Atual:	5949	
Anterior:	5737	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	212	
Consumo Faturado:	212	FCAM

DATAS DA LEITURA	
Atual:	13/12/2019
Anterior:	12/11/2019
Próxima Leitura:	10/01/2020
Emissão:	11/12/2019
Apresentação:	13/12/2019

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

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

HISTÓRICO DE CONSUMO	Mês/Ano 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 SEM TRIBUTOS:
0 A 212 - 0.628156

DETALHAMENTO DA CONTA

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 INPO 10/19-00			2,08
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA		1,13	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -		5,30	

MENSAGENS MEDIANTE ANALISE DE FATURA

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano	Valor R$
11/2019	252,30

Nº DE DEBITOS VENCIDOS

Informamos existir(em) debito(s) vencido(s) no valor de ***252,30 (sem acrescimos legais) até esta data. Caso o debito(s) já tenha(m) sido pago(s), procurar um atendimento da Eletrobras Distribuicao Acre com o(s) comprovante(s) de pagamento.

RESERVISTA LICENCIADO NOS ULTIMOS 5 ANOS, APRESENTAR-SE PARA ALISTAMENTO NA OM MAIS PROXIMA, DE 09 A 16/12/2019.

RESERVADO AO FISCO C242.5BE1.360F.86DB.690F.5E4B.FB23.D708

COMPOSIÇÃO DA CONTA – R$	
Distribuição:	52,10
Energia:	61,44
Transmissão:	1,57
Encargos:	18,07
Tributos:	59,31

IMPOSTOS/TRIBUTOS – R$		
Base de Cálculo:		192,49
Alíquota ICMS:	25,00%	
Valor do ICMS:		48,12
Valor do PIS:	1,03%	1,99
Valor do COFINS:	4,78%	9,20

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC Mensal	DIC Trimestral	DIC Anual	FIC Mensal	FIC Trimestral	FIC Anual	DMIC Mensal	DICRI Mensal
Limite	0,60			1,00			0,60	
Realizado	11,72	23,44	46,89	5,54	11,09	22,18	6,05	

Conjunto TAQUARI Período de Apuração: 10/2019 EUSD: 93,94

ROT: 10.001.10.07.001760 SEQ.: 00309

ROT: 10.001.10.07.001760 SEQ.: 00309

energisa

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valerio Magalhães, 226 – Bosque – Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Inscrição estadual: 01.004.141/001-46

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR – R$
0277512-3	207,02
MÊS FATURADO 12/2019	VENCIMENTO 28/12/2019

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

BENEFICIARIO: COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A. CNPJ: 04.065.033/0001-70
Rua Valerio Magalhaes, 226 - Bosque - Rio Branco - AC

83680000002 5 07020045000 8 00000000277 4 51231219006 3

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 NUMERO: 35
COMPLEMENTO...: BAIRRO: CERAMICA
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE..: AIRTON LIMA DE AGUIAR /BERENICE LIMA DE AGUIAR
RESPONSAVEL...: 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[133x79 mmHg] PULSO[ ] TEMP.[ ] PESO[ ] FC[77] SPO2[100]

EXAM.COMPL.[ ]RAIO X[ ]SANGUE[ ]URINA[ ]TC[ ]LIQUOR[ ]ECG[ ]ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /
Paciente trazido pelo SAMU com hist. de queda de 20 m em bicicleta, relatando dor na coxa com deformidade e dor à palpação da coxa. Apresenta FC na coxa (D)

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

SAME / HUERB
COPIA CONFORME ORIGINAL

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO
(1) Rx pe (D) + bacinete (D)	
(2) Dipirona 2g (IV) 12/10	
(3) Total 50 mg (IV)	
(4) Avaliação ortopedia	

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 E CARIMBO DO MEDICO

PRM - Cirurgia Geral
CRM - 1784 / AC

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

NovoAcre

UNIDADE: Asum

NOME: Juliordison Chaves de Oliveira IDADE: B.E.: OBSERVAÇÃO: LEITO:

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
19/07/19		0 CEFTriaxona 2gr + ND		
		IV Asum		

Dr. Marcus Lúcio da Silva
Diretor Clínico Geral
CRM/AC

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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 NUMERO: 35
COMPLEMENTO...: BAIRRO: CERAMICA
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...: -
NOME PAI/MAE..: AIRTON LIMA DE AGUIAR /BERENICE LIMA DE AGUIAR
RESPONSAVEL...: 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[133x79 mmHg] PULSO[ ] TEMP.[ ] PESO[ ] FC[77] SPO2[100]

EXAM.COMPL.[ ]RAIO X[ ]SANGUE[ ]URINA[ ]TC[ ]LIQUOR[ ]ECG[ ]ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /
Paciente trazido pelo SAMU com hist. de queda de 206 em bicicleta, relato de perda de consciência, apresentando edema de coxa e dor

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

SAME / HUERB
CÓPIA CONFORME ORIGINAL

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO
① Rx pe ⓓ + bimalleolar ⓓ	
② Dipirona 2g IV	12:10
③ Tecta 40mg IV	
④ Avaliação ortopedia	

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 E CARIMBO DO MEDICO

PRM / Cirurgia Geral
CRM - 1784 / AC

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

NovoAcre

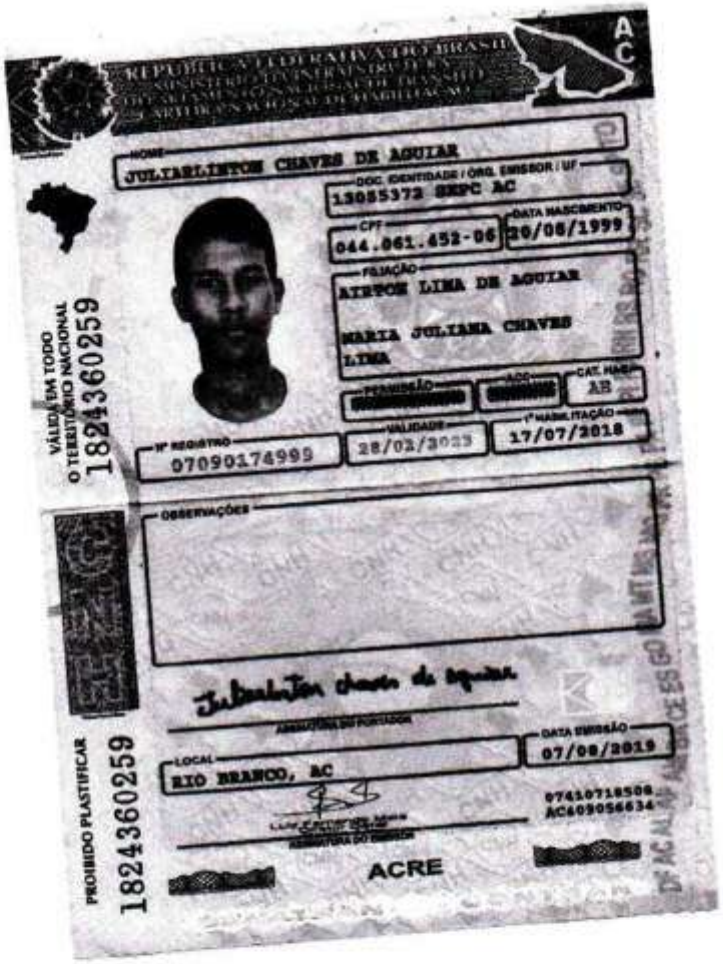
UNIDADE: [illegible] ASUM

NOME: Juliordison C. Lima DI IDADE: B.E.: OBSERVAÇÃO: LEITO:

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
19/07/19		0 CEFTRIAXona 2gr + AD		
		IV ASUM		

Dr. [illegible] Coordenador Geral [illegible]

SAHAE / NUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

AC

NOME
JULIANLINTON CHAVES DE AGUIAR

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
13055372 SEPC AC

CPF
044.061.452-06

DATA NASCIMENTO
20/08/1999

FILIAÇÃO
AIRTON LIMA DE AGUIAR
MARIA JULIANA CHAVES LIMA

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
07090174999

VALIDADE
28/02/2023

1ª HABILITAÇÃO
17/07/2018

OBSERVAÇÕES

Julianlinton chaves de aguiar

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RIO BRANCO, AC

DATA EMISSÃO
07/08/2019

07410718508
AC409056634

ASSINATURA DO EMISSOR

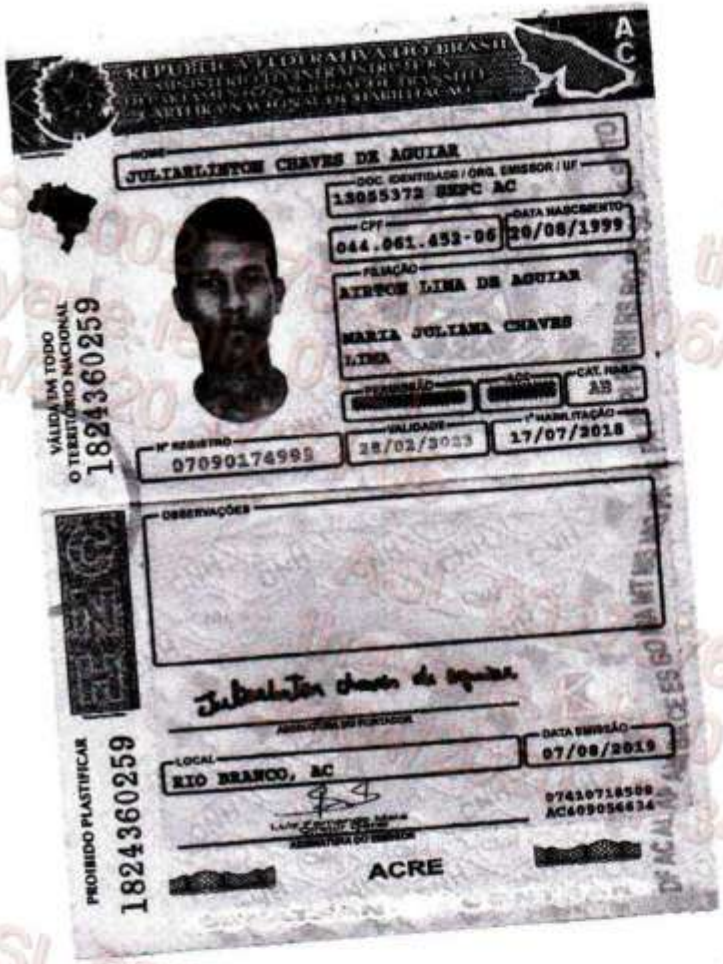
[redacted]

ACRE

[redacted]

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1824360259

PROIBIDO PLASTIFICAR
1824360259



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

AC

NOME
JULIANLINTON CHAVES DE AGUIAR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
13055372 SESPC AC

CPF
044.061.452-06

DATA NASCIMENTO
20/08/1999

FILIAÇÃO
AIRTON LIMA DE AGUIAR
MARIA JULIANA CHAVES LIMA

[redacted]

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
07090174993

VALIDADE
28/02/2023

1ª HABILITAÇÃO
17/07/2018

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1824360259

OBSERVAÇÕES

Julianlinton chaves de aguiar
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RIO BRANCO, AC

DATA EMISSÃO
07/08/2019

07430718509
AC609056634

[redacted]

ACRE

[redacted]

PROIBIDO PLASTIFICAR
1824360259

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - AC — **Nº 014720894310**

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

0 1 1 4 0 9 3 0 4 0 9

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C	EXERCÍCIO
01	01245859320		2019

NOME: DANIEL DE LIMA SILVA AC

CPF / CNPJ	PLACA
852.376.552-20	NAF5396

PLACA ANT / UF	CHASSI
NAF5396	9C6KE1950F0034950

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NÃO APLICA	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
YAMAHA/YBR125 FACTOR K1	2014	2015

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0124CC/	PARTICU	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
PAGO	********	1ª ********
		2ª ********
		3ª ********

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
** PAGO COTA UNICA **	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
	R$0.32	R$84.58	05/07/2019

OBSERVAÇÕES: EEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO *

LOCAL	DATA
RIO BRANCO-AC	12/07/2019

CONTRAN

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

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	852.376.552-20	NAF5396

RENAVAM	MARCA / MODELO
01245859320	YAMAHA/YBR125 FACTOR K1

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2014	9	9C6KE1950F0034950

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
R$36.05	R$4.01	R$40.06

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
R$4.15	R$0.32	R$84.58

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO	05/07/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - AC
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014720894310

VIA	01
COD. RENAVAM	01243859320
R.N.T.R.C	
EXERCÍCIO	2019
NOME	DANIEL DE LIMA SILVA AC
CPF / CNPJ	852.376.552-20
PLACA	NAF5396
PLACA ANT / UF	NAF5396
CHASSI	9C6KE1950F0034950
ESPÉCIE TIPO	PAS/MOTOCICLO/NAO APLICA
COMBUSTÍVEL	GASOLINA
MARCA / MODELO	YAMAHA/YBR125 FACTOR K1
ANO FAB.	2014
ANO MOD.	2015
CAP / POT / CIL	2P/0124CC/
CATEGORIA	PARTICU
COR PREDOMINANTE	VERMELHA
IPVA — COTA ÚNICA	*PAGO*
VENC. COTA ÚNICA	********
VENC / COTAS	1ª ******** 2ª ******** 3ª ********
FAIXA I.P.V.A.	** PAGO COTA UNICA **
PARCELAMENTO / COTAS	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	R$0.32
IOF (R$)	
PRÊMIO TOTAL (R$)	R$84.58
DATA DE PAGAMENTO	05/07/2019
OBSERVAÇÕES	SEM RESERVA DE DOMINIO * BEM TRIBUTARIO *
LOCAL	RIO BRANCO-AC
DATA	12/07/2019

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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
VIA	01
CPF / CNPJ	852.376.552-20
PLACA	NAF5396
RENAVAM	01243859320
MARCA / MODELO	YAMAHA/YBR125 FACTOR K1
ANO FAB.	2014
CAT. TARIF	9
Nº CHASSI	9C6KE1950F0034950

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (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$0.32
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)	R$84.58
PAGAMENTO	[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO	05/07/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 00.248.608/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027676/20

Vítima: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

Data do acidente: 19/07/2019

CPF: 044.061.452-06

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 20/01/2020	Data do cadastramento: 20/01/2020
Nome: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR	Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA
CPF: 044.061.452-06	CPF: 025.424.522-61
JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR	MAIRLA LIMA DE SOUZA

Seguradora LÍDER

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) 99918-3322 (DDD) Tel. Comercial: (68) 99987-2502 (DDD) Tel. Residencial: ( ) (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) documentos 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

A Vítima pede que reabra seu sinistro e podem realizar uma avaliação medica

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

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027676/20

Vítima: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

Data do acidente: 19/07/2019

CPF: 044.061.452-06

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 20/01/2020	Data do cadastramento: 20/01/2020
Nome: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR	Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA
CPF: 044.061.452-06	CPF: 025.424.522-61
JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR	MAIRLA LIMA DE SOUZA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0109594/20

Vítima: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

Data do acidente: 19/07/2019

CPF: 044.061.452-06

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 06/04/2020	Data do cadastramento: 06/04/2020
Nome: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR	Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 044.061.452-06	CPF: 025.787.852-10
JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR	Thayane Pinheiro Fernandes Felix