

Eletroacre Energisa

Para contato com a
Eletroacre Energisa,
Informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0425339-6

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães, 228 - Bongi - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.253.000/1-70 | Insc. Est. 01.004.141/001-45
Nº de Faltas / Ocorrências / Ocorrências / Ocorrências

Nº de Nota Fiscal

005939771

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

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

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

DADOS DA LECTURA		DATAS DA LECTURA	
Atual:	1058	Atual:	10/10/2019
Anterior:	914	Anterior:	10/09/2019
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Letura:	08/11/2019
Consumo Medido:	144	Entrega:	08/10/2019
Consumo Faturado:	144	Apreensão:	10/10/2019
FCAH			

Forma de Faturamento: FORMAL Código de regularidade: 30 Dias de Corrente:

Classificação	Tipologia	Número Medição	Período	Cálculo	Medida 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	MON18107846	1.1.1.1	152	

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
SET/19 69	CONSUMO 144 A R\$ 0,838857 =	120,79
AGO/19 150	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	12,91
JUL/19 146	CORRECAO MONETARIA 1G 09/19-00	
JUN/19 167	MULTA POR ATRASO 09/19-00	
MAI/19 180	JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00	
ABR/19 202		
MAR/19 0		
FEV/19 0		
JAN/19 0		
DEZ/18 0		
TARIFA COM T218/19:		
E A 100 - 0,527718		

Comprovante de residencia



MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

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

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

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC		FIC		DMIC		DMFI	
	Anual	Trimestral	Anual	Trimestral	Anual	Trimestral	Anual	Trimestral
Índice	12,71	25,43	50,86	7,27	12,54	29,08	6,48	
Período	0,00			0,00		0,00		

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

ROT: 9.040.09.04.011940

Eletroacre Energisa

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

SEU CÓDIGO

0425339-6

TOTAL A PAGAR - R\$

135,11

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

16/10/2019

Nº da Nota Fiscal

005939771 FCAH

83620000001 3 35110045000 3 00000000425 9 33961019000 6



Eletrobras
Distribuição Acre

Para consulta com a
Eletrobras, informe
este número

SEU CÓDIGO

0370835-7

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Rio Branco - AC
CEP: 06.065.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.004.141/001-46
Nota Fiscal / Cartão de Crédito / Débito - São Paulo

IP de Nota Fiscal 005385888

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

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

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

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

Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Integridade:

Órgão de Controle: 32

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

HISTÓRICO KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	KWh		
JUL/19	267	CONSUMO	353 A R\$ 0,841929 = 297,28
JUN/19	259	CONTA ILUMINACAO PUB. (COSIP)	31,65
MAT/19	458	CORRECAO MONETARIA IG 07/19-08	0,98
ABR/19	584	MULTA POR ATRASO 07/19-08	4,35
FEV/19	529	JUROS DE MORA DE INPO 07/19-08	1,22
JAN/19	293		
DEZ/18	124		
NOV/18	253		
OUT/18	263		
	250		
TARIFA EM REPARO:			
R\$ 353 - 0,35110			

MENSAGENS IMPORTANTES / ATRASO DE VENCIMENTO

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

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS (R-RATIOS) R\$	
Distribuição	79,10	Base de Cálculo:	297,28
Energia	102,89	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão	2,40	Valor do ICMS:	74,30
Encargos	27,43	Valor do PIS:	2,11
Tributos	86,18	Valor do COFINS:	9,27

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DSC		FSC		DMSC		DMSC
	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal
Unidade	18,36	56,72	73,45	11,65	23,31	46,62	9,77
Resposta	1,21		2,00				1,01

Composto CRUZEIRO DO SUL

Período de
análise: 06/2015

R\$ 96,17

ROT: 28.040.28.05.011290

Eletrobras
Distribuição Acre

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Rio Branco - AC
CEP: 06.065.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.004.141/001-46

SEU CÓDIGO

0370835-7

Nº FATURADO

08/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

335,38

VENCIMENTO

20/08/2019

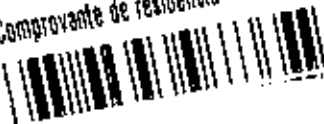
Nº de Nota Fiscal: 005385888

FCAM

83640000003 7 35380045000 2 00000000370 7 83570819008 6



Comprovante de residência



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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

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

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

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

Local e Data: Cruzineira do Sul, 05 de Dezembro de 2019

Assinatura do Declarante

Declaração Circular SUSEP 445/12





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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

☒ Recusa Informar

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

Endereço: <u>Av. Rodrigues Alves</u>	Número: <u>340</u>	Complemento: <u>Sala 01</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Cruzzeira do Sul</u>	Estado: <u>Arne</u>
E-mail: <u>Halogueira@gmail.com</u>	CEP: <u>69920-000</u>	Tel.(DDD): <u>68 99602 3331</u>

Local e Data: Cruzzeira do Sul, 05 de Dezembro de 2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

Declaração Circular SUSEP 445/12





HOSPITAL REGIONAL DO JURUÁ

Av. 25 de Agosto, 5121 - Aeroporto Velho

Cruzeiro do Sul - AC. 69.980-000

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: CLAYSON NELO DA SILVA Idade: _____

RELATÓRIO MÉDICO

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

Cruzeiro do Sul - AC,

30, 09, 2019

Dr. Fabio Loureiro Pimenta
Ortopedista
CRM 1196
RQE 199

Médico (a)



HOSPITAL REGIONAL DO JURUÁ

Av. 25 de Agosto, 5121 - Aeroporto Velho

Cruzeiro do Sul - AC, 69.980-000

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

Edson Melo de Siqueira

Idade:

Leuco oftalmológico

Presf em afecção

do fr. Supra citando que

do exame apresenta:

Gr. microscop e fúrias

cora dentro da membrana

del e em feição a idade

Deverá ser avaliado com

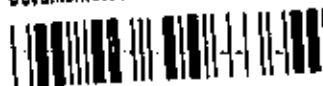
do Dr. P. 20

por haver os seguintes

pos. trêmica

Médico (a)

73/10/13



HOSPITAL REGIONAL DO JURUÁ

Av. 25 de Agosto, 5321 - Aeroporto Velho

Cruzeiro do Sul - AC. 69.980-000

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: ELIAS CARLOS DA SILVA Idade: _____

RELATÓRIO MÉDICO

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

Cruzeiro do Sul - AC, 30/09/2019

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

Médico (a)



HOSPITAL REGIONAL DO JURUÁ

Av. 25 de Agosto, 5121 - Aeroporto Velho
Cruzeiro do Sul - AC. 69.980-000
Fone: (68) 3322 5516 / Fax: 3322 4037

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

Eduardo Melo de Silva

Idade:

Leudo Oftalmologista

Atend em consultório
Oft. Supra citados com
AD a exame apresenta:

Glaucoma e fúria
com dentro da normalidade
de a verificação de
Deverá ser avaliado em

Cruzeiro do Sul

Dr. Paulo D. A. Costa

por haver os seguintes
por frustação

Médis (a)

73/10/13

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

NOME: EGLADSON MELO DA SILVA

FUNÇÃO:
ANTÔNIO REGIO DA SILVA
LUCILA MELO DA SILVA

DATA NASCIMENTO: 08/08/1978
NATURALIDADE: CRUZEIRO DO SUL-AC
TIPOMORFIA: 24/08/1978 - ORGÃO EMISSOR: SSP-AC

Egladson Melo da Silva
*SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEDNº 733.16 DE 29 DE AGOSTO DE 1988

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

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

T. TITULO	CPF	RG	UF
ASSISTENTE CIVIL	088.892.252-88	303.740	AC

POLEGAR DIREITO

SANDEO ROBERTO OLIVEIRA ROBERTO
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO ACRE
IDENTIDADE DE ADVOGADO

CPF

HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

matrícula

ALDAR QUEIROZ DA COSTA
ZILDA MARIA DA SILVEIRA DA COSTA

NATURALIDADE

AMORINÓPOLIS-GO

RG

5568565 - SSP GO

DATA DE ASSINATURA / TITULO

NÃO DECLARADO

DATA DE NASCIMENTO

02/03/1982

CPF

035.490.591-00

DT

01 08/04/2018

MARCUS VINICIUS JARDIM RODRIGUES
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO

4667

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Lei 13.123 de 12 de 8 de 2014)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13247412



Assinatura do titular



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
RAFAELINO HENRIQUE DE MELO

Nome EOLADSON MELO DA SILVA

Alcunha
ANTONIO REGIO DA SILVA
LUCILA MELO DA SILVA

DATA NASCIMENTO 09/08/1978
INTUBAÇÃO CRUZEIRO DO SUL-AC
TIPOLOGIA DE REGISTRO ORDEM ELEGIDA SEPC-AC
CLASSIFICAÇÃO (CLASSIFICAÇÃO DE REGISTRO)

Eoladson Melo da Silva

APPROPRIAÇÃO DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.211-6 DE 25 DE AGOSTO DE 1983

OP 875.000.252-68 CM 875.000.252-68
REGISTRO CIVIL 201.740 2ª VIA DATA DE EMISSÃO 28/03/2010

REGISTRO CIVIL EOLADSON MELO DA SILVA
CERT. NASC. Nº 0033709 - LV. 00074 - FL. 028 - CARTORIO CRUZEIRO DO SUL-AC

T. R. APTOR	C. P. N.	DATA	UF	REMARKS
REGISTRO CIVIL	000000000000000000	28/03/2010	AC	REGISTRO CIVIL
REGISTRO CIVIL	000000000000000000	28/03/2010	AC	REGISTRO CIVIL
REGISTRO CIVIL	000000000000000000	28/03/2010	AC	REGISTRO CIVIL
REGISTRO CIVIL	000000000000000000	28/03/2010	AC	REGISTRO CIVIL
REGISTRO CIVIL	000000000000000000	28/03/2010	AC	REGISTRO CIVIL
REGISTRO CIVIL	000000000000000000	28/03/2010	AC	REGISTRO CIVIL
REGISTRO CIVIL	000000000000000000	28/03/2010	AC	REGISTRO CIVIL
REGISTRO CIVIL	000000000000000000	28/03/2010	AC	REGISTRO CIVIL
REGISTRO CIVIL	000000000000000000	28/03/2010	AC	REGISTRO CIVIL
REGISTRO CIVIL	000000000000000000	28/03/2010	AC	REGISTRO CIVIL

VOLETAIS DIREITO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Documentos de identificação



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO ACRE
IDENTIDADE DE ADVOGADO

CPF

HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

PROF

ALOIR QUEIROZ DA COSTA
ZILDA MARIA DA SILVEIRA DA COSTA

RESIDENCIA

AMORINÓPOLIS-GO

RG

5568565 - SSP GO

OUTRO DE IDENTIDADE

NÃO DECLARADO

DATA DE EMISSÃO

02/03/1982

035.480.591-08

01 08/04/2010

WALDIR VONCZAK JUNIOR PRESIDENTE

4667



TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13247412

USO OBLIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(INT. 13 DA LEI Nº 8.112/91)

JOÃO S. DINIZ

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 01 RENOVAÇÃO 00994079266 R.N.T.R.C. 2019

NOME CLEIDOM RODRIGUES MATA

AC

CPF / CNPJ 003.125.892-12 PLACA NXR7831

PLACA ANT / UP NXR7831 AC CHASSI 9C2KC1680ER516496

ESPÉCIE TIPO FAS/NOTOCICLO/ALCO/GASOL

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

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

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

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGU R\$0,22 R\$84,58 27/02/2019

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BEN. TRIBUTÁRIO *

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

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

AC Nº 014398458057 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 28/02/2019
VIA 01 CPF / CNPJ 003.125.892-12 PLACA NXR7831
RENOVAÇÃO 00994079266 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX
ANO FAB. 2014 CATEG. 9 CHASSI 9C2KC1680ER516496

PREMIO TARIFÁRIO

R\$36,05 R\$1,01 R\$40,06
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SERVIÇO PRÉ SEGURO (R\$)
R\$4,15 R\$0,32 R\$84,58
PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 27/02/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.245.888/0001-04

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 01 ODD. RENOV. 0099407966 PLACA 2019

NOME DO PROPRIETÁRIO
CLEIDSON RODRIGUES RITA
AC

CPF/CNPJ 003.125.892-12 PLACA NXR7831

PLACA ANT. / UF NXR7531 AC

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

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

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

COTA ÚNICA *PAGA VENC. COTA ÚNICA 1º 2º 3º
FADA LEVA PARCELAMENTO / COTAS
** PAGO COTA ÚNICA **

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

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BEN. TRIBUTÁRIO

LOCAL CRUZEIRO DO SUL DATA 28/02/2019

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

AC Nº 014398458057 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 28/02/2019

VIA 01 ODD. RENOV. 003.125.892-12 PLACA NXR7831

RENOVAM 0099407966 HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB. 2014 ANO MOD. 9 9C2KC1660ER516496

PREMIO TARIFARIO

R\$36.05 R\$0.32 R\$40.06

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

DATA DE QUITAÇÃO 27/02/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.243.006/0001-04



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464335/19

Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA

CPF: 656.899.252-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/08/2019

Titular do CPF: EGLADSON MELO DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Outros



HALA SILVEIRA DE QUEIROZ : 035.490.591-08

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

EGLADSON MELO DA SILVA : 656.899.252-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

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

EGLADSON MELO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Comércios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055656/20

Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA

CPF: 656.899.252-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2019

Titular do CPF: EGLADSON MELO DA
SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Outros



HALA SILVEIRA DE QUEIROZ : 035.490.591-08

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

EGLADSON MELO DA SILVA : 656.899.252-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

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

HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Nathalia Beatriz Braga Costa

Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASL ou Processo

3190 714989

() Aguardando status e/ou Erro sistêmico

(X) Solicitação 07

() Solicitação 06

(/) Caixa Redistribuição

() Atraso por consulta ao site da Receita Federal

() Outros

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

06/02/20 - Cane.

Nome: Rodrigo Pacheco

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR. (LATERALIDADE NÃO INFORMADA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR. (LATERALIDADE NÃO INFORMADA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



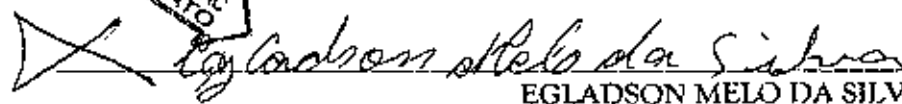
OUTORGANTE: EGLADSON MELO DA SILVA, brasileiro, solteiro, ajudante de pedreiro, inscrito no *Cadastro Nacional de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF)* sob o nº. 656.899.252-68, residente e domiciliada na Travessa Possidônio Rodrigues, nº 176, Bairro do Remanso em Cruzeiro do Sul.

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

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

Cruzeiro do Sul, 10 de Dezembro de 2018.




EGLADSON MELO DA SILVA

Outorgante

TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

TABELIÃO - REGISTRADOR - CLEBER CORRÊA

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

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

(1) **OLASSON MELO DA SILVA**

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

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

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

FELICIANO COSTA MUNIZ - Escrevente

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



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

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

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

Cruzeiro do Sul, 10 de Dezembro de 2018.



X


EGLADSON MELO DA SILVA

Outorgante

TABEJONATO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

TABULIÃO - REGISTRADOR - CLEBER CORRÊA

Av. Rodrigues Alves, 60 - Sala 05 - Centro do SLI - CEP 03060-000 - Fone: (08) 3222-3157 - registrocivil@registrocivil.com.br

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

(1) ESPANHOLO MELLO DA SILVA

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

Validação: E1A72. Valde em: 05/12/2015.

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

PRÉCIO DA COTA MUNIC - Escravento

Felício da Costa Muniz
Escrivão Autorizado
Av. Rodrigues Alves, 60
Hortência, Cêntro
Tel. (08) 3222-3157

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464335/19

Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA

CPF: 656.899.252-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/08/2019

Titular do CPF: EGLADSON MELO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HALA SILVEIRA DE QUEIROZ : 035.490.591-08

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

EGLADSON MELO DA SILVA : 656.899.252-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EGLADSON MELO DA SILVA

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055656/20

Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA

CPF: 656.899.252-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/08/2019

Titular do CPF: EGLADSON MELO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HALA SILVEIRA DE QUEIROZ : 035.490.591-08

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

EGLADSON MELO DA SILVA : 656.899.252-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

Nathalia Beatriz Braga Costa

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190714989

Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EGLADSON MELO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190714989

Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), EGLADSON MELO DA SILVA

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

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

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

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15325615





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

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

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

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

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74. Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Autorização de pagamento

AGÊNCIA:
(Informar o dígito se existir)



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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Enladson Melo da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

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

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

(1) CLEBER CORREIA DA SILVA

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

Validação: 861AB. Valde em: São Paulo de
Total: R\$ 3,50. Em testemunho da verdade.

ANTONIO CRISTIAN LOPES DE PAULA - Escrevente

Antonio Cristiano L. de Paula
Escrevente Autorizado
Cartão Jurado

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

DADOS CADASTRAIS

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

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

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

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

Deverão ser representados:

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

DADOS BANCÁRIOS

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

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

MORTE

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

NÃO ALFABETIZADO

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

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

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

TESTEMUNHAS

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

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

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

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

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

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

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

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

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

Ouvidoria: 0800 021 9135

PEDIDO DO SEGURO DPV

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 656.899.252-61 4 - Nome completo da vítima: Eglaideu Mello da Silva

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

5 - Nome completo: Eglaideu Mello da Silva 6 - CPF: 656.899.252-61
7 - Profissão: desempregada 8 - Endereço: Travessa Perseidaura Rodrigues 9 - Número: 176 10 - Complemento:
11 - Bairro: Piuma 12 - Cidade: Cruzópolis Sul 13 - Estado: Alagoas 14 - CEP: 89980-000
15 - E-mail: halaguisa@rogado@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 68 99602 33 71

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

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

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

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

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

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

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros (ou sucessores)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura de testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: Cruzópolis Sul - AL, 05 de Dezembro de 2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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



WV

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

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

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

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

Histórico:

INFORMATIVO

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

Boletim de ocorrência



EFETIVO EMPENHADO: TEN BIRIMBA, SGT FIGUEIREDO

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

DETRAN
ACRE

Novo Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

0021324

NÚMERO FOLHA

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

RUA EDIAT / RUA BENJAMIN CONSTANT

03 MUNICÍPIO

2024

04 UF

17

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

Ponte M. G. da Silva

06 HORA DA OCORRÊNCIA

09:00

07 ZONA RURAL / URBANA

URBANA

08 DATA

12/12/2024

09 DIA DA SEMANA

DOMINGO

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

☐ 8

AREIA

☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

☒ 1

MOLHADO

☐ 3

OLEOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

DANIFICADA

☐ 8

OBRAS

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

SEM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

15 Nº DE VÍTIMAS

02

624 VÍTIMAS COM VÍTIMAS

☒

19 ENDEREÇO

RUA SANTA LUZIA, 502, TIPO DO ALUGADO

17 SEXO

M

18 NASCIMENTO

14-06-2024

20 1ª HABILITAÇÃO

4805-2014

21 CATEGORIA

A

22 PRONTUÁRIO

06155403884

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

HONDA CG 150 PIR

28 ESPÉCIE

MOTO CILLO

29 PLACA

LE 7T 2466

30 MUNICÍPIO

C - 20 SUL

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

JOSE MARCOS BALBOA FILHO

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9C2KCL520912:108445

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

36 AVARIAS

DOUÇAMENTO GRANDE MARCHA SEM FRENTE

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

SE, INFONTE

40 AÇÃO DO CONDUTOR

COM 20 km/h

PONTOS

37 CARRO

38 MOTO

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐

NÃO ☒

BAF

42 NOME CONDUTOR

CECÍLIA ALVES DA SILVA

43 SEXO

F

44 NASCIMENTO

11/11/1981

45 ENDEREÇO

Bairro de Amapá, 138, JUNA FIDELIS

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

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

HONDA CG 150 PIR

54 ESPÉCIE

MOTO CILLO

55 PLACA

WXR 3831

56 MUNICÍPIO

C - 20 SUL

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

CECÍLIA ALVES DA SILVA

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

9C2KCL1066EN516496

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

62 AVARIAS

PUERILIDADE AMPLIADA

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

SE, INFONTE

66 AÇÃO DO CONDUTOR

COM 20 km/h

PONTOS

63 CARRO

64 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

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS

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

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

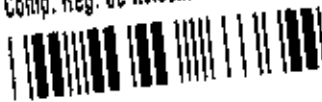
A PERTELESTA NO LUGAR

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Conforme B.O. 689 e DETACHADO da 7ª TPA em Curitiba

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	U1	103 MOTORISTA	U2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO	365 / M	
105 NOME	DANIEL M. MOTA	106 NOME	EUGENIO M. DA SILVA	107 NOME / RG	FRANCISCO 326 /	
108 ASSINATURA		109 ASSINATURA		110 ASSINATURA		
111 LOCAL	Curitiba - PR				112 DATA	21/08/19



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



DECLARAÇÃO

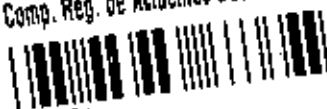
Declaro para os devidos fins que, no dia 11/08/2019, às 20:55, recebemos uma ligação solicitando atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU para o senhor **EGLADSON MELO DA SILVA**, 41 anos idade, vítima de acidente de trânsito, **COLISÃO MOTO X MOTO**, no bairro do Remanso, no cruzamento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

Cruzeiro do Sul- Acre, 12 de setembro de 2019

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



Comp. Reg. de Acidentes Declarados



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



DECLARAÇÃO

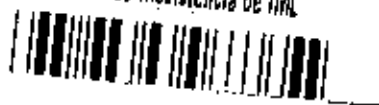
Declaro para os devidos fins que, no dia 11/08/2019, às 20:55, recebemos uma ligação solicitando atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU para o senhor EGLADSON MELO DA SILVA, 41 anos idade, vítima de acidente de trânsito, COLISÃO MOTO X MOTO, no bairro do Remanso, no cruzamento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

Cruzeiro do Sul- Acre, 12 de setembro de 2019

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

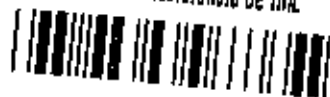


Declaração de Inexistência de IML



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

Declaração de Inexistência de IML



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

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

Nº da Nota Fiscal

005939771

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

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

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

ROT: 9.040.09.04.011940

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

Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Irregularidade:

Dist. de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Nome/Endereço	Uso	Número Fornecedor	Ponto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	MON18107246		1.1.1.1	152

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

TARIFA COM TSEE/IG/ICMS:
E A 144 = 0,50778

Comprovante de residência



MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

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

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPÓSITOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 33,60	Base de Cálculo: 120,79
Energia: 39,64	Alíquota ICMS: 25,00%
Transmissão: 1,01	Valor do ICMS: 30,19
Encargos: 11,64	Valor do PIS: 0,66%
Tributos: 34,70	Valor do COFINS: 3,07%

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	BIC	RIC	IMRC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Índice	12,71	25,43	50,86	7,27
Realizado	0,00	0,00	0,00	0,00

Cargando CRUZEIRO DO SUL

Pagando a prestação: 08/2019 R\$ 55,70

ROT: 9.040.09.04.011940

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0425339-6	135,11
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
10/2019	16/10/2019
Nº da Nota Fiscal:	005939771 FCAH

83620000001 3 35110045000 3 00000000425 9 33961019008 6



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ 04.055.033/0001-70 | Ins. Estadual 01.004.141/001-46
Nota Fiscal / Conta de Triângulo Duplo - São Paulo

Nº da Nota Fiscal 005385888

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	20/08/2019	353	335,38

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

DADOS DA LECTURA		DATAS DA LECTURA	
Atual	13142	Atual	13/08/2019
Anterior	12789	Anterior	12/07/2019
Correção da Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	11/09/2019
Consumo Médio	353	Consumo	12/08/2019
Consumo Faturado	353	Apresentador	13/08/2019

Forma de Faturamento: NORMAL
Código de Irregularidade: FCAH
Dias de Consumo: 32

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

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

MESSAGENS IMPORTANTES / CAVISO DE VENCIMENTO

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

RESERVADO AO FISCO 0727.9800.9134.804A.1444.9583.619E.CEE4

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DNC			FIC			DNC	DNC
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Unidade	18,36	36,72	73,45	11,65	23,31	46,62	9,77	
Reatado	1,21			2,00			1,01	

Contato CRUZEIRO DO SUL
Período de apuração: 06/2019
EUSD: 96,17

ROT: 28.040.28.05.011290

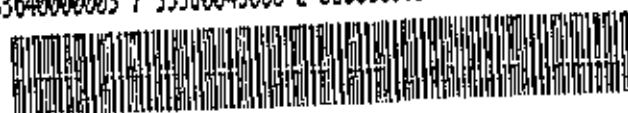
Eletrobras
Distribuição Acre

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ 04.055.033/0001-70 | Ins. Estadual 01.004.141/001-46

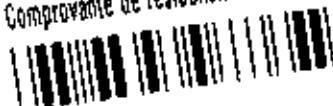
SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0370835-7	335,38
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
08/2019	20/08/2019

Nº da Nota Fiscal: 005385888 FCAH

83640000003 7 35380045000 2 00000000370 7 83570819008 6



Comprovante de residência



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200068391

Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EGLADSON MELO DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2020

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

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

Procurador: HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EGLADSON MELO DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200068391

Vítima: EGLADSON MELO DA SILVA

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HALA SILVEIRA DE QUEIROZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EGLADSON MELO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você