

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 Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200254720

Vítima: FRANCEILDO CADETE DA SILVA

Data do Acidente: 11/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ZUILA PEREIRA CADETE

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, contados 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, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200254720

Vítima: FRANCEILDO CADETE DA SILVA

Data do Acidente: 11/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ZUILA PEREIRA CADETE

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

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

203 877 382-82 Francisco Ladeira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Zuila Pereira Ladeira

CPF:

323 023 042-68

Profissão:

agricultora

Endereço:

Avenida Central

Número:

317

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Carajá - Vila Central

Estado:

RR

CEP:

69.000-000

E-mail:

FRANCISCACACADETEASILVA976@GMAIL.COM

Tel.(DDD):

(95) 991411775

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (341)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impresso em 05/06/2018
Assinatura de quem assina o Rogo
Assinatura do representante legal (se houver)

Local e Data: Boa Vista - RR, 05 de junho 2018
Nome: Zuila Pereira Ladeira
CPF: 323 023 042-68

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

* Zuila Pereira Ladeira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024252/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/07/2017 09:22 Data/Hora Fim: 12/07/2017 10:11
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 807304 Data: 11/07/2017
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 11/07/2017 09:25

Local do Fato

Município: Boa Vista

Bairro: Dos Estados

Logradouro: Amazonas

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome: DENISE CASTRO PONTES BRAGA (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 31

Profissão: Advogado

Estado Civil: Casado(a)

Raça/Cor: Sem Informação

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 235795

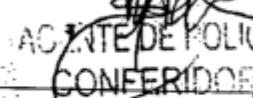
Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 1500

Logradouro: Anísio de Carvalho

Bairro: Dos Estados



Idade: 14

Nome: FRANCEILDO CADETE DA SILVA (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 218

Logradouro: Av.: Presidente Dutra

Bairro: Aparecida

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: SGT PM AQUINO

Endereço

Município: Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Maria Selma Melo de Almeida
Data de Impressão: 30/11/2017 11:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024252/2017

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Outros Meios de Transporte

Subgrupo Bicicleta

Marca Monark

Fabricação Nacional

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Francelido Cadete da Silva

Possuidor

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Placa NOZ2844

Número do Chassi 9BD118181C1201900

Ano/Modelo Fabricação 2012/2012

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo FIAT/PUNTO ATTRACTIVE

Modelo FIAT/PUNTO ATTRACTIVE

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Denise Castro Pontes Braga

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM Nº 807304 SÉRIE J VEM COMUNICAR A OCORRÊNCIA DE UMA ACIDENTE DE TRÂNSITO, CONFORME HORA, DATA E LOCAL, ONDE A SENHORA DENISE CONDUZIA O VEÍCULO FIAT/PÁLIO DE PLACAS NOZ-2844, PELA AVENIDA AMAZONAS (PREFERENCIAL), QUANDO NO CRUZAMENTO COM AVENIDA RIO AMAZONAS, TEVE SUA PREFERENCIAL INVADIDA POR UMA BICICLETA, QUE NO MOMENTO ERA CONDUZIDA PELO MENOR FRANCELIDO, SENDO QUE A MESMA AINDA FREOU, MAS NÃO EVITOU A COLISÃO. QUE FRANCELIDO SOFREU ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FOI RESGATADO POR UMA EQUIPE DO SAMU. QUE CONSTA AINDA QUE A PERÍCIA FOI ACIONADA. É O HISTÓRICO.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento

Policia Militar do Estado de Roraima
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pelo presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicante Falso de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francielly Cadete da Silva

CPF da Vítima

303877382-82

Data do Acidente

11/07/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Zuila Pereira Cadete

CPF do Representante legal

323 023042-68

Email

FRANCISCACADETEDASILVA976@GMAIL.COM

Telefone (DDD)

(95)991411775

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bea Vista, 05 de junho de 2019

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**Zuila Pereira Cadete*

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MUNICÍPIO DE NOVAIS, MUNICÍPIO OÚL, TITULO DE E DOCUMENTOS
DE PESSOAS, JURÍDICA E FÍSICA DE TITULOS
NASCIMENTO, CASAMENTO, FALECIMENTO
AUTENTICO - Nascido de: **João da Silva**
Pais de: **Francisco da Silva** e **Cláudia**
Nascido de: **Francisco da Silva** e **Cláudia**
Sexo: **M** - **Francisco da Silva** e **Cláudia**
Data: **12/06/2003** - **Francisco da Silva** e **Cláudia**
Local: **em domicílio, na Vila Central**
Cidade/Estado: **Canal-PR**

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Livro A-272 - Folha 14 - Termo: 130917

Certifico que no termo, folhas e termo acima, consta registrado
o assento de:

"**FRANCILDO CADETE DA SILVA**"
do sexo masculino, nascido às 03:45 horas,
do dia 12 de junho de 2003 (12/06/2003)
Local: **em domicílio, na Vila Central**
Cidade/Estado: **Canal-PR**

O referido é verdade e dou fé.
Boa Vista-PR, 15/12/2004

Maria de Jesus de S. Rocha
M. de Jesus de S. Rocha
M. de Jesus de S. Rocha

Avô materno: **DIONÍSIO CADETE**
ANIZIA PEREIRA
Registro foi feito no dia: 15/12/2004
Observação: Declarante o pai

Francisco da Silva
Francisco da Silva
Francisco da Silva

Emitida por **Gilmar Vieira Lima Filho**
Isento de custas Lei 9.534/97. Ondeover ressara
ou emitente fôrmera invalidado a presente certidão.



Para contato com a
Eletrobras, Informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0502800-0

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pelo BEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 002482993

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\$)
MARCO/2019	26/03/2019	88	72,65

ZUILA PEREIRA CADETE
AV CENTRAL 317 CENTRO
CPF: 00032302304268
CEP: 69.000-000 - VILA CENTRAL ROT: 103.034.03.01.016000

DAOS DA LEITURA	KWd	KVAh	DAOS DA LEITURA	DATA
Atual:	10473		Atual:	11/03/2019
Anterior:	16390		Anterior:	08/02/2019
Constante da Multiplicação:	1.000		Proxima Leitura:	11/04/2019
Consumo Médio:	88	FCAH	Emissão:	08/03/2019
Consumo Faturado:	88		Apresentação:	11/03/2019

TIPO DE LEITURA	DATA
NORMAL	31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subsídio	Ligado	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	8518703		1.1.1.1	89

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Médimo consumo		CONSUMO	88 A R\$ 0,774280 = 68,13
FEV/19	81	CONTR. ILUHINACAO PUB. (C051P)	4,52
JAN/19	81		
DEZ/18	82		
NOV/18	92		
OUT/18	67		
SET/18	80		
AGO/18	66		
JUL/18	78		
JUN/18	85		
MAI/18	82		
TOTAL 12M 2018	810		
VAL R\$ 11.000,00			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 25/03/2019, em função das contas reavaliadas nessa fatura. É nos resguardos poderá exigir também a inclusão do nome do consumidor no SISCOM. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 196,79 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
SE VOCÊ RECEBE O BOLSA FAMÍLIA, VOCÊ TEM DIREITO A DESCONTO NA TARIFA DE ENERGIA, FAÇA O CADASTRO EM NOSSO POSTO DE ATENDIMENTO, MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE PARA 0800 7019 120.

RESERVADO AO FISCO 1SEC.521E.FAF4.4839.A00A.C489.A90F.FED6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	17,30	Base de Cálculo:	68,13
Energia:	36,65	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	11,58
Encargos:	1,90	Valor do PIS:	0,12
Tributos:	12,28	Valor do COFINS:	0,58

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 0,00 0,00

01/2019 0,00

ROT: 103.034.03.01.016000

SEU CÓDIGO TOTAL A PAGAR - R\$

0502800-0 72,65

MÊS FATURADO VENCIMENTO

03/2019 26/03/2019

Nº da Nota Fiscal: 002482993 FCAH

83670000000 0 72650075000 5 00000000502 5 30000319008 2



SEQ.: 00014 UC: 0502800-0 DT.LEIT.: 11/03/2019 T.ENTR.: 01

LEITURA: 16478 NORMAL TOTAL: 72,65 CARGA: A01

DT.VENC.: 26/03/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 3272



Para contato com a
Eletrobras, Informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0502800-0

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pelo BEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 002482993

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\$)
MARCO/2019	26/03/2019	88	72,65

ZUILA PEREIRA CADETE
AV CENTRAL 317 CENTRO
CPF: 00032302304268
CEP: 69.000-000 - VILA CENTRAL ROT: 103.034.03.01.016000

DAOS DA LEITURA	KWd	KVAh	DAOS DA LEITURA	DATA
Atual:	10473		Atual:	11/03/2019
Anterior:	16390		Anterior:	08/02/2019
Constante da Multiplicação:	1.000		Proxima Leitura:	11/04/2019
Consumo Médio:	88	FCAH	Emissão:	08/03/2019
Consumo Faturado:	88		Apresentação:	11/03/2019

TIPO DE LEITURA	DATA
NORMAL	31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subsídio	Ligado	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	8518703		1.1.1.1	89

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Médimo consumo		CONSUMO	88 A R\$ 0,774280 = 68,13
FEV/19	81	CONTR. ILUHINACAO PUB. (C051P)	4,52
JAN/19	81		
DEZ/18	82		
NOV/18	92		
OUT/18	67		
SET/18	80		
AGO/18	66		
JUL/18	78		
JUN/18	85		
MAI/18	82		
TOTAL 12M 7019 120			
VAL R\$ 72,65			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 25/03/2019, em função das contas reavaliadas nessa fatura. É nos resguardos poderá exigir também a inclusão do nome do consumidor no SISCOM. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 196,79 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
SE VOCÊ RECEBE O BOLSA FAMÍLIA, VOCÊ TEM DIREITO A DESCONTO NA TARIFA DE ENERGIA, FAÇA O CADASTRO EM NOSSO POSTO DE ATENDIMENTO, MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE PARA 0800 7019 120.

RESERVADO AO FISCO 1SEC.521E.FAF4.4839.A00A.C489.A90F.FED6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	17,30	Base de Cálculo:	68,13
Energia:	36,65	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	11,58
Encargos:	1,90	Valor do PIS:	0,12
Tributos:	12,28	Valor do COFINS:	0,58

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 0,00 0,00

01/2019 0,00

ROT: 103.034.03.01.016000

SEU CÓDIGO TOTAL A PAGAR - R\$

0502800-0 72,65

MÊS FATURADO VENCIMENTO

03/2019 26/03/2019

Nº da Nota Fiscal: 002482993 FCAH

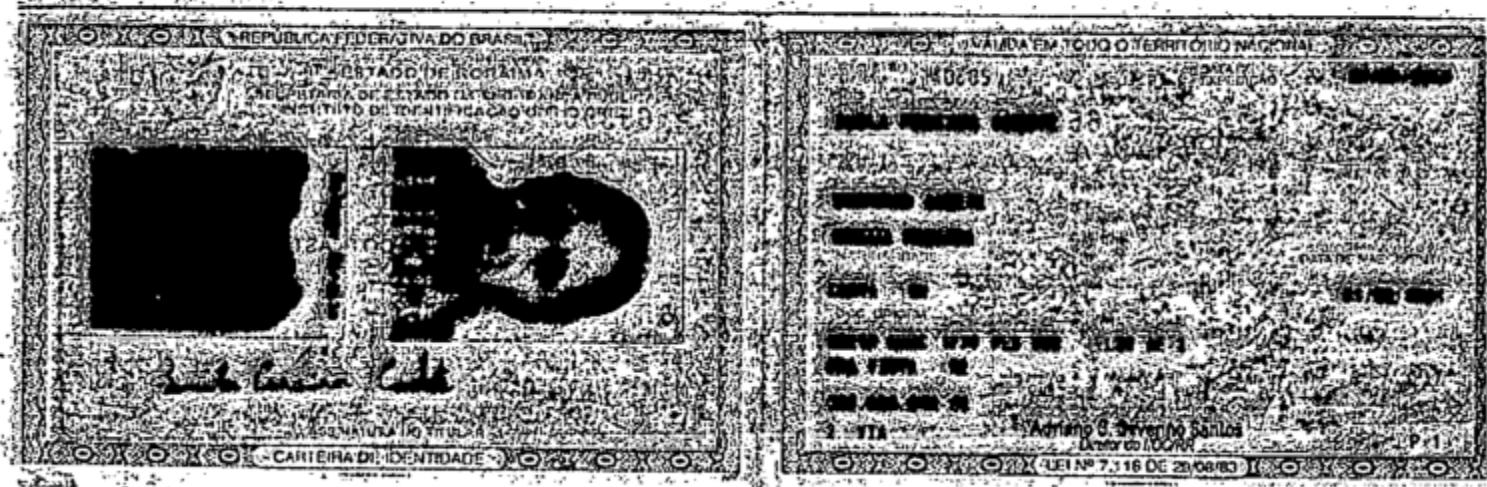
83670000000 0 72650075000 5 00000000502 5 30000319008 2



SEQ.: 00014 UC: 0502800-0 DT.LEIT.: 11/03/2019 T.ENTR.: 01

LEITURA: 16478 NORMAL TOTAL: 72,65 CARGA: A01

DT.VENC.: 26/03/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 3272



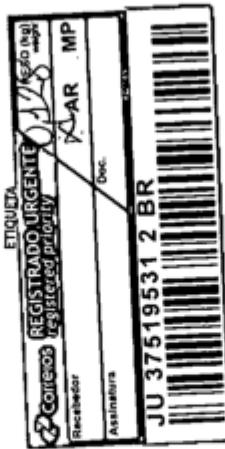
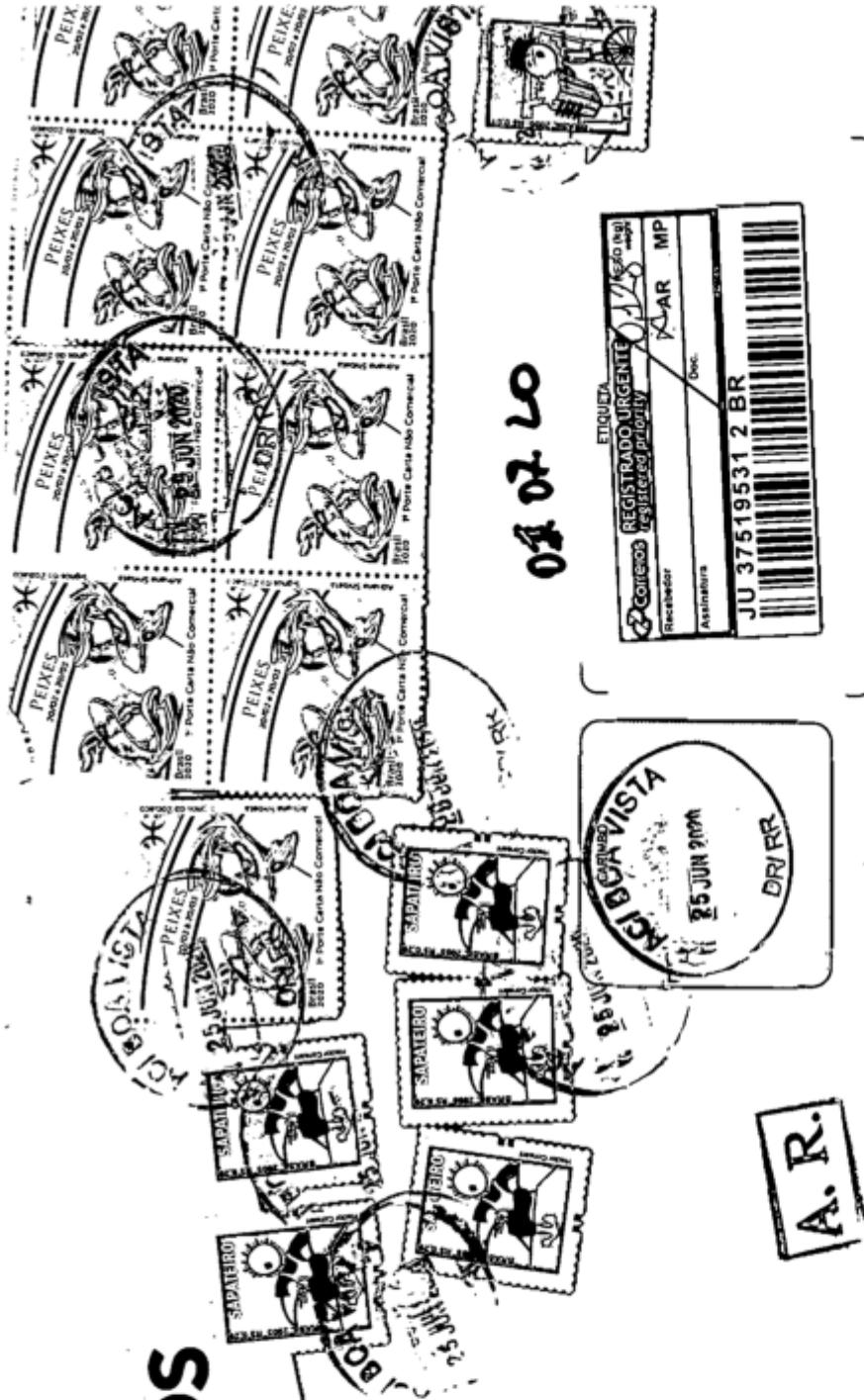
Brasil Federal
Inscrição de Pessoas Físicas



DOCUMENTO PROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
87738282
70

Nº 38282



SEGURO LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DIVAT S/A

RUA SENADOR DANTAS, 74, complemento: 5º andar
BAIRRO: CENTRO
RIO DE SANEIRO - RS
CEP: 20.031-205.



COELMO ADVOGACIA E CONSULTORIA
RUA ARAÚJO FILHO, 366
BAIRRO CENTRO
BOA VISTA - RORAIMA
CEP: 69.301-090

991524001

State	País/Country
-------	--------------

DEVOLUÇÃO / Return (RMIS)							
<input type="checkbox"/> Não foi encontrado	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente						
<input type="checkbox"/> Recusado por mim	<input type="checkbox"/> Não encontra o destinatário						
<input type="checkbox"/> Desconhecido (não sei)	<input type="checkbox"/> Não encontra o endereço indicado						
<input type="checkbox"/> Não procurado (não sou eu)	<input type="checkbox"/> Outro (especifique)						
<input type="checkbox"/> Autent. (seu)							
Tentativas de entrega (número attempt)							
1 ^o	/	2 ^o	/	3 ^o	/	4 ^o	/

DEVOLUÇÃO / Return (RMIS)							
<input type="checkbox"/> Não foi encontrado	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente						
<input type="checkbox"/> Recusado por mim	<input type="checkbox"/> Não encontra o destinatário						
<input type="checkbox"/> Desconhecido (não sei)	<input type="checkbox"/> Não encontra o endereço indicado						
<input type="checkbox"/> Não procurado (não sou eu)	<input type="checkbox"/> Outro (especifique)						
<input type="checkbox"/> Autent. (seu)							
Tentativas de entrega (número attempt)							
1 ^o	/	2 ^o	/	3 ^o	/	4 ^o	/



RECICLAR MATERIAIS PRESERVAR O MEIO AMBIENTE
To reciclar materiais é preservar o meio ambiente



7659000544

Assinatura:	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200254720 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCEILDO CADETE DA SILVA **Data do acidente:** 11/07/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: FRATURA DENTÁRIA.

Sequelas: Sequela não indenizável

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 01, 02 E 05.

NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200636/20

Vítima: FRANCEILDO CADETE DA SILVA

CPF: 703.877.382-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/07/2017

Titular do CPF: FRANCEILDO CADETE DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ZUILA PEREIRA CADETE : 323.023.042-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

FRANCEILDO CADETE DA SILVA : 703.877.382-82

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: 17/07/2020
Nome: ZUILA PEREIRA CADETE
CPF: 323.023.042-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020
Nome: EDSON DA SILVA MARTINS
CPF: 132.129.557-08

ZUILA PEREIRA CADETE

EDSON DA SILVA MARTINS