
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

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: 703877382-82 Nome completo da vítima: Franciscado Cadete da Silva

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

Nome completo: Zuila Pereira Cadete CPF: 323023042-68

Profissão: agricultora Endereço: Avenida Central Número: 317 Complemento: casa

Bairro: _____ Cidade: Caroá - Vila Central Estado: RR CEP: 69.000-000

E-mail: FRANCISCACADETEDASILVA926@GMAIL.COM Tel.(DDD): (95)991411735

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ 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: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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 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

Local e Data: Boa Vista - RR, 05 de junho 2018

Nome: Zuila Pereira Cadete

CPF: 323023042-68

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Zuila Pereira Cadete

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª 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
Logradouro: Amazonas

Bairro: Dos Estados

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

Logradouro: Anísio de Carvalho

Bairro: Dos Estados

Nº: 1500



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

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 14

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av.: Presidente Dutra

Bairro: Aparecida

Nº: 218

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

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
Franceildo Cadete da Silva	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
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 FRANCEILDO, SENDO QUE A MESMA AINDA FREOU, MAS NÃO EVITOU A COLISÃO. QUE FRANCEILDO 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

Polícia Militar do Estado de Roraima
(Comunicante)

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



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 2 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

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

Francisco Cadete da Silva

CPF da Vítima

703877382-82

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

FRANCISCACADETEDASILVA936@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.

Boa 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
1º OFFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO CIVIL, TÍTULOS E DOCUMENTOS
E DE PESSOAS JURÍDICAS, PROTECTOR DE TÍTULOS
TÍTULOS - DESEMPENHO DO FILHO
NOME: Maria de Jesus de S. Rocha
Mãe de Casa: Maria de S. Rocha
Ocupação: Mãe de Casa
Endereço: Rua S. Pedro, 100, Vila Central
Cidade: Vila Central, Estado de Goiás

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Livro A-272, Folha 14, Tomo: 139917
Certifico que no livro, folhas e tomo acima, consta registrado

o assento de:

FRANCEILDO 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: Goiás-RR.

Maria de Jesus de S. Rocha
Mãe de Casa

Filho de FRANCISCO DA SILVA
e de ZULIA PEREIRA CADETE
Avós paternos: JOÃO DA SILVA
NAZINHA DA SILVA
Avós maternos: DIONÍSIO CADETE
ANIZIA PEREIRA
Registro foi feito no dia 15 de dezembro de 2004.
Observação: Declarante o pai.

O referido é verdade e dou fé.
Goiás, 15/12/2004

Maria de Jesus de S. Rocha
Mãe de Casa

Emida por Gilmar Vieira Lima Filho
Isento de custas Lei 9.534/97. Qualquer rasura
ou emenda tornará inválida a presente certidão.

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)
Nota Fiscal / Conta de Energia ELETRO - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 358/13

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/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

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	16390	Atual:	11/03/2019
Anterior:	1.000	Anterior:	08/02/2019
Constante de Multiplicação:	88	Próxima Leitura:	11/04/2019
Consumo Medido:	88	Emissão:	08/03/2019
Consumo Faturado:	88	Apresentação:	11/03/2019
NORMAL		31	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	8518703		1.1.1.1	89

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/Mo consumo	
FEV/19 81	CONSUMO 88 A R\$ 0,774280 = 68,13
JAN/19 81	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 4,52
DEZ/18 82	
NOV/18 92	
OUT/18 87	
SET/18 80	
AGO/18 66	
JUL/18 78	
JUN/18 85	
MAI/18 82	

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 nesta leitura. O não pagamento poderá gerar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existirem 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.
02/2019	67,87	

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

RESERVADO AO FISCO 15EC.521E.FAF4.4B39.D00A.C489.A90F.FED6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	17,30	Base de Cálculo:	68,13
Energia:	36,65	Alíquota 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 0,00

01/2019 0,00

ROT: 103.034.03.01.016000

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

Eletrobras
Distribuição Roraima

0502800-0

72,65

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

03/2019

26/03/2019

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

Nº da Nota Fiscal: 002482993 FCAH

836700000000 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

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)
Nota Fiscal / Conta de Energia ELETRO - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 358/13

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

CONTAS	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

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	16390	Atual:	11/03/2019
Anterior:	1.000	Anterior:	08/02/2019
Constante de Multiplicação:	88	Próxima Leitura:	11/04/2019
Consumo Medido:	88	Emissão:	08/03/2019
Consumo Faturado:	88	Apresentação:	11/03/2019
NORMAL		31	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	8518703		1.1.1.1	89

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/Mes	
FEV/19	CONSUMO 88 A R\$ 0,774280 = 68,13
JAN/19	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 4,52
DEZ/18	
NOV/18	
OUT/18	
SET/18	
AGO/18	
JUL/18	
JUN/18	
MAI/18	

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 nesta leitura. O não pagamento poderá gerar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existirem 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.
02/2019	67,87	

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

RESERVADO AO FISCO 15EC.521E.FAF4.4B39.D00A.C489.A90F.FED6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	17,30	Base de Cálculo:	68,13
Energia:	36,65	Alíquota 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 0,00

01/2019 0,00

ROT: 103.034.03.01.016000

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

Eletrobras
Distribuição Roraima

0502800-0

72,65

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

03/2019

26/03/2019

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

Nº da Nota Fiscal: 002482993 FCAH

836700000000 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



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

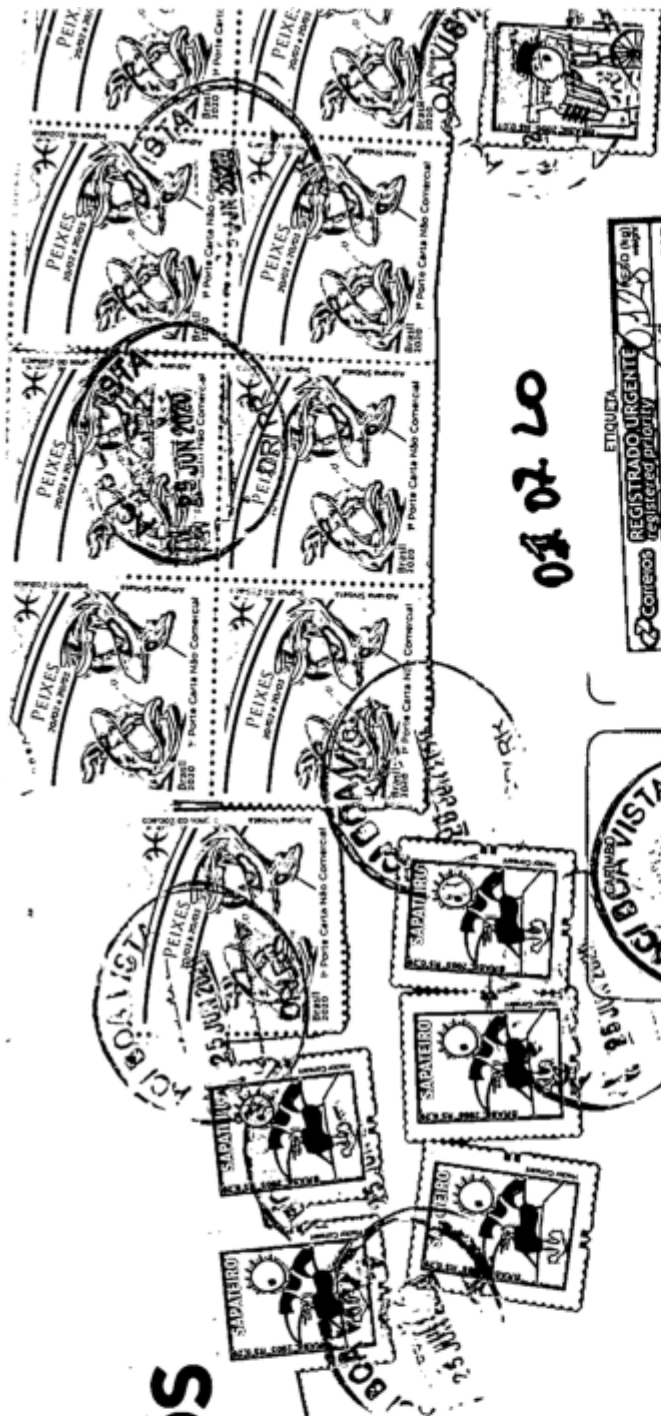


COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

703877382-82

105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923



01 07 20

ENQUETA	REGISTRADO URGENTE
Correios	Registered priority
Remetente	KLAR MP
Assinatura	Doc.
JU 37519531 2 BR	

A. R.

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT 5/A.

RUA SENADOR DANTAS, 74, COMPLEMENTO: 5º andar
BAIRRO: CENTRO
RIO DE JANEIRO - RJ
CEP: 20.031-205.



COELHO ADVOCACIA E CONSULTORIA
RUA ARAÚJO FILHO, 366
BAIRRO CENTRO
BOA VISTA - RORAIMA
CEP: 69301-090

TELEPHONE / Phone Number	
991524001	
Year	
RNs / Country	

DEVOLUÇÃO / Return		(CHIS)	
<input type="checkbox"/> Não foi recebido	<input type="checkbox"/> Falta de endereço		
<input type="checkbox"/> Endereço incorreto	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente		
<input type="checkbox"/> Decalque de endereço	<input type="checkbox"/> Não existe o número indicado		
<input type="checkbox"/> Não procurado	<input type="checkbox"/> Outros (dizer)		
Assinatura do remetente			
Tentativas de entrega (delivery attempts)			
1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª			
Informação prestada pelo porteiro ou síndico			
Information provided by the doorman or the concierge			
Retornado ao serviço postal em			
Returned to postal service			
Data		Assinatura	



RECICLAR MATERIAIS / PRESERVAR O MEIO AMBIENTE
To recycle materials to preserve the environment



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

Valoração 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

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

Valoração 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

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 11/07/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCEILDO CADETE DA SILVA

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

ZUILA PEREIRA CADETE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDSON DA SILVA MARTINS