

---

**Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200032674**

**Vítima: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR**

**Data do Acidente: 19/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200032674**

**Vítima: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR**

**Data do Acidente: 19/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 19/07/2019, emitida pelo Dr. ILEGIVEL, CRM nº 1784 - AC, da Instituição HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200140415**

**Vítima: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR**

**Data do Acidente: 19/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 14 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200140415**

**Vítima: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR**

**Data do Acidente: 19/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR**

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

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 044.061.452-06 4 - Nome completo da vítima: Julianilton Chaves de Aguiar

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

5 - Nome completo: Julianilton Chaves de Aguiar 6 - CPF: 044.061.452-06  
7 - Profissão: intrusador 8 - Endereço: Rua Raimundo Melo 9 - Número: 242 10 - Complemento: 8020  
11 - Bairro: Ayrtton Senna 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.911-854  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (68) 99987-2502

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Banco da Amazônia  
AGÊNCIA: 044 2 CONTA: 034378 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34  
Assinatura  
do(a) segurado(a)  
ou do(a) representante legal

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, Rio Branco, 15 de Janeiro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Julianilton Chaves de Aguiar

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 044.061.452-06 4 - Nome completo da vítima: Julianilton Chaves de Aguiar

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

5 - Nome completo: Julianilton Chaves de Aguiar 6 - CPF: 044.061.452-06  
7 - Profissão: intrigador 8 - Endereço: Rua Raimundo Melo 9 - Número: 242 10 - Complemento: 8020  
11 - Bairro: Ayrtton Senna 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.911-854  
15 - E-mail: (68) 99987-2502 16 - Tel (DDD): (68) 99987-2502

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 63/9998-3322  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECLUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 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)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Banco da Amazônia  
AGÊNCIA: 044 2 CONTA: 034378 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 da vítima/beneficiário  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido  
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio Branco, 15 de Janeiro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Julianilton Chaves de Aguiar

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DETRAN  
ACRE

Povo  
do Acre

Departamento Estadual de Trânsito

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

2547

NÚMERO FOLHA

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

Tr. Habitasa, Bairro Habitasa

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

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

no cruzamento com Rua Bolívia

06 HORA DA OCORRÊNCIA

17:58

07 ZONA RURAL / URBANA

U

08 DATA

11/07/19

09 DIA DA SEMANA

Sexta

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

☒ 1

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPÍEDO

☐ 5

CASCALHO

☐ 7

TERRA

☐ 9

AREIA

☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

☒ 1

MOLHADO

☐ 3

OLEOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

DANIFICADA

☐ 9

OBRAS

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02 (dois)

15 Nº DE VÍTIMAS

02 (dois)

SEM VÍTIMAS ☐  
COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

Julianilton Chaves de Aguiar

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

12/01/88

19 ENDEREÇO

Rua Raimundo Melo, 242 Sobradinho (999573453)

20 1ª HABILITAÇÃO

17/07/18

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

01090174999

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

Yamaha / YBR 125 Factor motorcycle

28 ESPÉCIE

motocicleta

29 PLACA

NAF 5396

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

Daniel de Lima Silva

33 ENDEREÇO

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

34 CHASSIS

906KEJ950F0034950

36 AVARIAS

Setor frontal e lateral direito

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Centro x Bairros no sentido Sup. Anápolis Ponte

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Condutor no P.S. pelo Sonar

37 CARRO



39 MOTO



41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

42 NOME CONDUTOR

Nayquell Santos Alves (999356372)

43 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

18/09/87

45 ENDEREÇO

Rua Edmundo Pinto, 450 Esc. Barros

46 1ª HABILITAÇÃO

16/02/05

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

03909526870

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

VW / Fox 1.0

54 ESPÉCIE

Automóvel

55 PLACA

MZV 3441

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

Nayquell Santos Alves

59 ENDEREÇO

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

60 CHASSIS

9BWA4052394115132

62 AVARIAS

Setor Frontal

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

da trav. Habitasa, da Ceará para Estrada de União

66 AÇÃO DO CONDUTOR

Permanecer no local

63 CARRO



65 MOTO



67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

68 NOME

71 ENDEREÇO

75 NOME

78 ENDEREÇO

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

74 UF

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 12/08/19

por [assinatura]

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS

|         |                                                                                                                                               |                                                                                                                 |                                                                               |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| VÍTIMAS | 82 NOME<br>Flávia Amorim de Araújo                                                                                                            | 83 SEXO<br>M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>                                     | 84 NASCIMENTO<br>11/10/19                                                     |
|         | 85 ENDEREÇO<br>Rua Raimundo Melo 242, Sobral                                                                                                  | 86 FERIMENTOS<br>LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/> | 87 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº <input checked="" type="checkbox"/>                  |
|         | 88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA<br>CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5 | 90 CONDUZIDA PARA                                                                                               | 88 USAVA CINTO<br>SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> |
|         | 91 NOME<br>Julianilton Chaves de Aguiar                                                                                                       | 92 SEXO<br>M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>                                     | 93 NASCIMENTO<br>12/08/93                                                     |
|         | 94 ENDEREÇO<br>Rua Raimundo Melo 242, Sobral                                                                                                  | 95 FERIMENTOS<br>LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/> | 96 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº <input checked="" type="checkbox"/>                  |
|         | 98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA<br>CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5 | 99 CONDUZIDA PARA<br>L.S. pelo Sonar                                                                            | 97 USAVA CINTO<br>SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> |

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 12/10/19  
Jorge Eduardo

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informe que fomos acionados via Ciep pelo V1 para realizar a perícia; que o V1 que o veículo V2 foi entregue ao Sr. Anton Lima CNH: 07822141965; que o V1 tem um corte profundo no calcanhar direito e sua carteira estava manuseada na hora do acidente; que foi confeccionado B.O. informativo nº: 2019031911234031469.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

|                                          |                                     |                                                      |
|------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 102 MOTORISTA<br>V1                      | 103 MOTORISTA<br>V2                 | 104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO<br>3º SGT Humberto |
| 105 NOME<br>Julianilton Chaves de Aguiar | 106 NOME<br>Nayquell Santos Almeida | 107 NOME / RG<br>3234                                |
| 108 ASSINATURA<br>Impersonalizado        | 109 ASSINATURA                      | 110 ASSINATURA                                       |
| 111 LOCAL<br>Praça Brasil, Areia         |                                     | 112 DATA<br>18/07/19                                 |

DETRAN  
ACRE

Povo  
do Acre

Departamento Estadual de Trânsito

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

2547

NÚMERO FOLHA

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

Tr. Habitasa, Bairro Habitasa

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

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

no cruzamento com Rua Bolívia

06 HORA DA OCORRÊNCIA

17:58

07 ZONA RURAL / URBANA

U

08 DATA

11/07/19

09 DIA DA SEMANA

Sáb

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

☒ 4

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPÍEDO

☐ 5

CASCALHO

☐ 7

TERRA

☐ 9

AREIA

☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

☒ 1

MOLHADO

☐ 3

OLEOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

DANIFICADA

☐ 9

OBRAS

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02 (dois)

15 Nº DE VÍTIMAS

02 (dois)

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

Julianilton Chaves de Aguiar

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

20/08/88

19 ENDEREÇO

Rua Raimundo Melo, 242 Sobradinho (999573453)

20 1ª HABILITAÇÃO

17/07/18

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

01090174977

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

Yamaha / YBR 125 Factor motorcycle

28 ESPÉCIE

motocicleta

29 PLACA

NAF 5396

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

Daniel de Lima Silva

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

906KE3950F0034950

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

36 AVÁRIAS

Sin frontal e lateral direita

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Antes x Baixo no sentido Sup. Anápolis Ponte

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Conduziu ao P.S pelo Saram

37 CARRO



39 MOTO



41 EXAME ALCOOLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

BAF

42 NOME CONDUTOR

Nayquell Santos Alves (999356372)

43 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

18/09/87

45 ENDEREÇO

Rua Edmundo Lima, 450 Escor. Barros

46 1ª HABILITAÇÃO

16/02/05

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

03909526870

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

VW / Fox 1.0

54 ESPÉCIE

Automóvel

55 PLACA

MZV 3441

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

Nayquell Santos Alves

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

9BWA4052394115132

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

62 AVÁRIAS

Sin Frontal

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Para Trav. Habitasa, da Ceará para Estrada de União

66 AÇÃO DO CONDUTOR

Permanecer no local

63 CARRO



65 MOTO



67 EXAME ALCOOLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

BAF

68 NOME

71 ENDEREÇO

75 NOME

78 ENDEREÇO

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

79 IDENTIDADE Nº

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 12/08/19

por Eduardo

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 044.061.452-06 4 - Nome completo da vítima: Julianilton Chaves de Aguiar

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

5 - Nome completo: Julianilton Chaves de Aguiar 6 - CPF: 044.061.452-06  
7 - Profissão: intrusador 8 - Endereço: Rua Raimundo Melo 9 - Número: 242 10 - Complemento: 8020  
11 - Bairro: Ayrtton Senna 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.911-854  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (68) 99987-2502

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Banco da Amazônia  
AGÊNCIA: 044 2 CONTA: 034378 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 -  
Assinatura  
do(a) segurado(a)  
ou representante  
legal

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, Rio Branco, 15 de Janeiro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Julianilton Chaves de Aguiar

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 044.061.452-06 4 - Nome completo da vítima: Julianilton Chaves de Aguiar

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

5 - Nome completo: Julianilton Chaves de Aguiar 6 - CPF: 044.061.452-06  
7 - Profissão: intruzador 8 - Endereço: Rua Raimundo Melo 9 - Número: 242 10 - Complemento: 8020  
11 - Bairro: Ayrton Senna 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.911-854  
15 - E-mail: (68) 99987-2502 16 - Tel (DDD): (68) 99987-2502

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 68/9998-3322  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECURSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Banco da Amazônia  
AGÊNCIA: 044 2 CONTA: 034378 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Branco, 15 de Janeiro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Para contato  
com a Energisa  
Informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0277512-3

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

Nº da Nota Fiscal 006551952

A Paridade Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2003.

DEZEMBRO/2019

28/12/2019

212

207,02

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

| PARÂMETROS                  | PVS    | DATA DE VENCIMENTO          |
|-----------------------------|--------|-----------------------------|
| Atual:                      | 5949   | 13/12/2019                  |
| Anterior:                   | 5737   | 12/11/2019                  |
| Constante de Multiplicação: | 1,000  | Próxima Leitura: 10/01/2020 |
| Consumo Medido:             | 212    | Emissão: 11/12/2019         |
| Consumo Faturado:           | 212    | Apresentação: 13/12/2019    |
| Forma de Faturamento:       | NORMAL | Dias de Condição: 31        |
| Código de Irregularidade:   |        |                             |

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

| PERÍODO DE CONSUMO   | CONSUMO | VALOR  |
|----------------------|---------|--------|
| NOV/19               | 268     | 192,49 |
| OUT/19               | 253     | 7,99   |
| SET/19               | 272     | 4,46   |
| AGO/19               | 282     | 2,08   |
| JUL/19               | 268     |        |
| JUN/19               | 258     |        |
| MAI/19               | 273     |        |
| ABR/19               | 211     |        |
| MAR/19               | 251     |        |
| FEV/19               | 213     |        |
| TARIFA SDI TRIBUTOS: |         |        |
| B A 212 - 0,620156   |         |        |

| DEBITOS JA REAVISADOS | Valor R\$ |
|-----------------------|-----------|
| 11/2019               | 252,30    |

RESERVA LICENCIADO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS  
NET (WWW.EXARNET.EB.MIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/01/2020  
MAIS PROXIMA, DE 09 A 16/12/2019.

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

| COMPONENTES DA CONTRIBUIÇÃO | VALOR |
|-----------------------------|-------|
| Distribuição:               | 52,10 |
| Energia:                    | 61,44 |
| Transmissão:                | 1,57  |
| Encargos:                   | 18,07 |
| Tributos:                   | 59,31 |

| IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES | VALOR  |
|--------------------------|--------|
| Base de Cálculo:         | 192,49 |
| Alíquota ICMS:           | 25,00% |
| Valor do ICMS:           | 48,12  |
| Valor do PIS:            | 1,03%  |
| Valor do COFINS:         | 4,78%  |

Condição: TAQUARI  
ROT: 10.001.10.07.001760 SEQ.: 00309  
ROT: 10.001.10.07.001760 SEQ.: 00309



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

Nº da Nota Fiscal: 006551952

FCAM

| UC       | Referência | Data de Vencimento | Total a Pagar (R\$) |
|----------|------------|--------------------|---------------------|
| 277512-3 | DEZ/2019   | 28/12/2019         | R\$ 207,02          |

BENEFICIÁRIO: COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A. CNPJ: 04.065.603/0001-70  
Rua Valério Magalhães, 226 - Bosque - Rio Branco - AC

83680000002 5 07020045000 8 00000000277 4 51231219006 0



Para contato  
com a Energisa,  
Informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0277512-3

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

Nº da Nota Fiscal 006551952

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2003.

DEZEMBRO/2019

28/12/2019

212

207,02

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

| DEZEMBRO/2019               | 28/12/2019 | 212                       | 207,02     |
|-----------------------------|------------|---------------------------|------------|
| Atual:                      | 5949       | Atual:                    | 13/12/2019 |
| Anterior:                   | 5737       | Anterior:                 | 12/11/2019 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000      | Próxima Leitura:          | 10/01/2020 |
| Consumo Medido:             | 212        | Emissão:                  | 11/12/2019 |
| Consumo Faturado:           | 212        | Apresentação:             | 13/12/2019 |
| Forma de Faturamento:       | NORMAL     | Código de Irregularidade: |            |
|                             |            | Dias de Consumo:          | 31         |

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

| Consumo              | Valor | Consumo                        | Valor                       |
|----------------------|-------|--------------------------------|-----------------------------|
| NOV/19               | 268   | CONSUMO                        | 212 A R\$ 0,980000 = 192,49 |
| OUT/19               | 253   | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | 7,99                        |
| SET/19               | 272   | MULTA POR ATRASO 10/19 - R\$   | 4,46                        |
| AGO/19               | 282   | JUROS DE MORA DE IMPO 10/19-00 | 2,08                        |
| JUL/19               | 268   | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA     | 1,13                        |
| JUN/19               | 258   | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA    | 5,30                        |
| MAI/19               | 273   |                                |                             |
| ABR/19               | 211   |                                |                             |
| MAR/19               | 251   |                                |                             |
| FEV/19               | 213   |                                |                             |
| TARIFA SDI TRIBUTOS: |       |                                |                             |
| B A 212 - 0,628156   |       |                                |                             |

| DEBITOS JA REAVISADOS | Valor R\$ | Informações                                                                                                                                   |
|-----------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Res/Ano               | 252,30    | Informações existentes de débitos vencidos e não pagos, bem como débitos em atraso, débitos já reavisados e débitos em processo de pagamento. |
| 11/2019               | 252,30    |                                                                                                                                               |

RESERVA LICENCIADO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS  
NET (WWW.EXARNET.EB.MIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/01/2020  
MAIS PROXIMA, DE 09 A 16/12/2019.

RESERVADO AO FISCO C242.5BE1.360F.86DB.690F.5E48.FB23.D708

| DEBITOS JA REAVISADOS | Valor R\$ | Informações                                                                                                                                   |
|-----------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Res/Ano               | 252,30    | Informações existentes de débitos vencidos e não pagos, bem como débitos em atraso, débitos já reavisados e débitos em processo de pagamento. |
| 11/2019               | 252,30    |                                                                                                                                               |

| DEBITOS JA REAVISADOS | Valor R\$ | Informações                                                                                                                                   |
|-----------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Res/Ano               | 252,30    | Informações existentes de débitos vencidos e não pagos, bem como débitos em atraso, débitos já reavisados e débitos em processo de pagamento. |
| 11/2019               | 252,30    |                                                                                                                                               |

RESERVA LICENCIADO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS  
NET (WWW.EXARNET.EB.MIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/01/2020  
MAIS PROXIMA, DE 09 A 16/12/2019.

| DEBITOS JA REAVISADOS | Valor R\$ | Informações                                                                                                                                   |
|-----------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Res/Ano               | 252,30    | Informações existentes de débitos vencidos e não pagos, bem como débitos em atraso, débitos já reavisados e débitos em processo de pagamento. |
| 11/2019               | 252,30    |                                                                                                                                               |

RESERVA LICENCIADO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS  
NET (WWW.EXARNET.EB.MIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/01/2020  
MAIS PROXIMA, DE 09 A 16/12/2019.

| DEBITOS JA REAVISADOS | Valor R\$ | Informações                                                                                                                                   |
|-----------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Res/Ano               | 252,30    | Informações existentes de débitos vencidos e não pagos, bem como débitos em atraso, débitos já reavisados e débitos em processo de pagamento. |
| 11/2019               | 252,30    |                                                                                                                                               |

RESERVA LICENCIADO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS  
NET (WWW.EXARNET.EB.MIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/01/2020  
MAIS PROXIMA, DE 09 A 16/12/2019.

| DEBITOS JA REAVISADOS | Valor R\$ | Informações                                                                                                                                   |
|-----------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Res/Ano               | 252,30    | Informações existentes de débitos vencidos e não pagos, bem como débitos em atraso, débitos já reavisados e débitos em processo de pagamento. |
| 11/2019               | 252,30    |                                                                                                                                               |

RESERVA LICENCIADO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS  
NET (WWW.EXARNET.EB.MIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/01/2020  
MAIS PROXIMA, DE 09 A 16/12/2019.

AUSA EXTERNA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2657101 DATA: 19/07/2019 HORA: 12:06 USUARIO: KHERLLY  
CNS: 700005158408704 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE  
NOME : JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR DOC...: CNS  
IDADE.....: 19 ANOS NASC: 20/08/1999 SEXO...: MASCULINO  
ENDereco.....: TRAVESSA AMAPA BAIRRO: CERAMICA NUMERO: 35  
COMPLEMENTO.....: UF: AC CEP....:  
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO /BERENICE LIMA DE AGUIAR  
NOME PAI/MAE...: AIRTON LIMA DE AGUIAR TEL...: 999934721  
RESPONSAVEL...: VEIO NO SAMU  
PROCEDENCIA...: HABITASA  
ATENDIMENTO...: ACIDENTE TRANS VITIMA MOTOCICLETA V299  
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA [133x79 mmHg] PULSO[ ] TEMP.[ ] PESO[ ] FC[77] SPO2[100]  
EXAM.COMPL.[ ] RAO X[ ] SANGUE[ ] URINA[ ] TC[ ] LIQUOR[ ] ECG[ ] ULTRASSONOGRAFIA  
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:  
*recebido no SAMU com queixa de dor no abdome superior, dor no peito de caracter espontaneo*  
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ] [ AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]  
*em colapso*  
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

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

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :  
ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):  
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA DO MEDICO  
PRM - Cirurgia Geral  
CRM - 1784 / AC

NovoAcre

100

0

RESERVAÇÃO

# CO2e

3-20-06

19/5/19

IV. Action

0 C.F.T. N. J. X. 0. 2. 3. + 10

SAISIE / FILIERE  
COPIA  
CONFORME ORIGINAL

AUSA EXTERNA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2657101 DATA: 19/07/2019 HORA: 12:06 USUARIO: KHERLLY  
CNS: 700005158408704 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE  
NOME: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR DOC.: CNS  
IDADE: 19 ANOS NASC: 20/08/1999 SEXO: MASCULINO  
ENDereco: TRAVESSA AMAPA NUMERO: 35  
COMPLEMENTO: BAIRRO: CERAMICA  
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: -  
NOME PAI/MAE: AIRTON LIMA DE AGUIAR /BERENICE LIMA DE AGUIAR  
RESPONSAVEL: VEIO NO SAMU TEL.: 999934721  
PROCEDENCIA: HABITASA  
ATENDIMENTO: ACIDENTE TRANS VITIMA MOTOCICLETA V299  
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA [130x70 mmHg] PULSO [ ] TEMP. [ ] PESO [ ] FC [77] SPO2 [94]  
EXAM. COMPL. [ ] RAO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA  
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

SIN. DOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:  
*recebido no SAMU com queixa de dor no abdome superior, dor no peito de caracter espontaneo*  
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ] [ AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]  
*em risco*  
ESCALA DA DOR: [ SEM DOR ] [ LEVE ] [ MODERADA ] [ INTENSA ]

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Rx pe @ 1. bronco @  
@ 2. bronco @  
@ 3. bronco @  
@ 4. bronco @  
@ 5. bronco @  
@ 6. bronco @  
@ 7. bronco @  
@ 8. bronco @  
@ 9. bronco @  
@ 10. bronco @  
@ 11. bronco @  
@ 12. bronco @*

DATA DA SAIDA: / /  
ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):  
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA DO MEDICO  
PRM / Cirurgia Geral  
CRM - 1784 / AC

**NovoAcre**  
Desenvolvendo a sua vida no nordeste

OBSEQUIAC


 משרד החינוך  
 מנהל מחוז  
 תל אביב

William R. Davis V-1040

CO  
FO

EVO-UCAD

APPROVED MEDICAL

022310

2019-2020

$$\frac{1}{5} \div \frac{1}{5} = 1$$

10. Agom

① CLE-TNAX-0200 + AD

10/10/10



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

AC

Nome: JULIANE LIMA DE AGUIAR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 13055372 SEPC AC

CPF: 044.061.453-06 DATA NASCIMENTO: 20/08/1999

FILIAÇÃO: ALBERTO LIMA DE AGUIAR  
MARIA JULIANA CHAVES  
LIMA

PROFISSÃO: ☐ AGRICULTOR ☐ COMERCIAL ☐ OUTRO

CAT. NOME: 23

Nº REGISTRO: 07090174993 VALIDADE: 28/02/2023 1ª HABILITAÇÃO: 17/07/2018

OBSERVAÇÕES:

*Juliane Lima de Aguiar*

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL: RIO BRANCO, AC DATA EMISSÃO: 07/08/2019

97430718589  
AC609054634

ACRE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1824360259

PROVEDO PLASTIFICAR  
1824360259

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

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

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

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

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

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - AC  
Nº 014720894310  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 01 01245859320 R.N.T.R.C. 2019

NOME DANIEL DE LIMA SILVA

PLACA AC

CPF / CNPJ 852.376.552-20 NAF 5396

PLACA ANT / LR NAF 5396

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETO/NAO

MARCA / MODELO YAMAHA / TBR125 FACTOR K1

CPF / POT / QIL 2P/0124CC/

CATEGORIA 1P/0124CC/

VENO. COTA UNICA

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$40.01

PREMIO TOTAL (R\$) R\$40.58

DATA DE PAGAMENTO 05/07/2019

EM RESERVA DE DOMINIO \* BENEFICIARIO

RIO BRANCO-AC

AC Nº 014720894310 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO 2019 DATA EMISSAO 12/07/2019

VA 01 852.376.552-20 NAF 5396

RENAVAM 01245859320 YAMAHA / TBR125 FACTOR K1

ANO FAB 2014 ON TRF 9 PC6KE1950F0034950

PRÊMIO TARIFÁRIO

PAS (R\$) R\$36.05 DENATRAN (R\$) R\$40.01

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.01

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CEPJ 08.543.000/0001-04



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

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

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

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

| CONTRAN                                                                         |              | DENATRAN               |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|--------------------|
| <b>REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b><br><b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>          |              |                        |                    |
| <b>DETRAN - AC</b><br><b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b> |              | <b>Nº 014720894310</b> |                    |
| VA                                                                              | COD. RENAVAM | BLT/TC                 | EXERCÍCIO          |
| 01                                                                              | 01243859320  |                        | 2019               |
| NOME: DANIEL DE LIMA SILVA                                                      |              |                        |                    |
| CPF/DUA                                                                         |              | PLACA                  | AC                 |
| 852.376.552-20                                                                  |              | NAF 5396               |                    |
| PLACA ANT./UF                                                                   |              | QUASI                  |                    |
| NAF 5396                                                                        |              | PC6KE1950F0034950      |                    |
| ESP/VEICULO                                                                     |              | COBUSTIVEL             |                    |
| PAS/MOTOCICLETO/NAO                                                             |              | GASOLINA               |                    |
| MARCA / MODELO                                                                  |              | ANO FAB. / ANO MOD.    |                    |
| YAMAHA / TIR125 FACTOR KI                                                       |              | 2014 / 2013            |                    |
| CAF / POT / CL                                                                  | CATEGORIA    | CCB PRE DOMINANTE      |                    |
| 2P/0124CC                                                                       | PARTICU      | VERMELHA               |                    |
| COTA UNICA                                                                      |              | VENIC / COTAS          |                    |
| 1º PAGO                                                                         |              | 2º PAGO                |                    |
| P                                                                               |              | 1º PAGO                |                    |
| V                                                                               |              | 2º PAGO                |                    |
| A                                                                               |              | 3º PAGO                |                    |
| PREMIO TARIF. ANO (R\$)                                                         |              | TOT. (R\$)             | PREMIO TOTAL (R\$) |
| R\$40.32                                                                        |              | R\$40.32               | R\$80.64           |
| GEM. RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO                                       |              | DATA DE PAGAMENTO      |                    |
|                                                                                 |              | 12/07/2019             |                    |
| RIO BRANCO-AC                                                                   |              | LOCAL                  |                    |

| AC Nº 014720894310                                                                                                                                              |                           | BILHETE DE SEGURO DPVAT |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------|
| <b>SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT</b> |                           |                         |              |
| <b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b>                                               |                           |                         |              |
| <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a>                                                                                      |                           |                         |              |
| SAC DPVAT 0800 022 1204                                                                                                                                         |                           |                         |              |
| VA                                                                                                                                                              | CPF/DUA                   | PLACA                   | EXERCÍCIO    |
| 01                                                                                                                                                              | 852.376.552-20            | NAF 5396                | 2019         |
| RENAVAM                                                                                                                                                         | MARCA / MODELO            | ANO FAB. / ANO MOD.     | DATA EMISSÃO |
| 01243859320                                                                                                                                                     | YAMAHA / TIR125 FACTOR KI | 2014 / 2013             | 12/07/2019   |
| CAF / POT / CL                                                                                                                                                  | CATEGORIA                 | CCB PRE DOMINANTE       |              |
| 2P/0124CC                                                                                                                                                       | PARTICU                   | VERMELHA                |              |
| <b>PREMIO TARIFARIO</b>                                                                                                                                         |                           |                         |              |
| PAS (R\$)                                                                                                                                                       | DETRAN (R\$)              | CUSTO DO SEGURO (R\$)   |              |
| R\$56.05                                                                                                                                                        | R\$4.01                   | R\$60.06                |              |
| CUSTO DO BILHETE (R\$)                                                                                                                                          | TOT. (R\$)                | TOTA. A PAGAR (R\$)     |              |
| R\$4.15                                                                                                                                                         | R\$40.32                  | R\$44.47                |              |
| PAGAMENTO                                                                                                                                                       |                           | DATA DE OUTRACO         |              |
| <input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA                                                                                                                  |                           | 05/07/2019              |              |
| <b>SEGURADORA LIDER - DPVAT</b>                                                                                                                                 |                           |                         |              |
| CNPJ 09.345.400/0001-04                                                                                                                                         |                           |                         |              |
| APR, 2019                                                                                                                                                       |                           |                         |              |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027676/20

**Vítima:** JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

**CPF:** 044.061.452-06

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/07/2019

**Titular do CPF:** JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR : 044.061.452-06**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/01/2020  
Nome: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR  
CPF: 044.061.452-06

JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MAIRLA LIMA DE SOUZA

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 03-04-2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Juliarlinton Chaves de Aguiar

CPF do beneficiário: 044.061.452.06

Nome do solicitante: Juliarlinton Chaves de Aguiar

CPF do solicitante: 044.061.452.06

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (68) 9998-3322 Tel. Comercial: (68) 99982-2502 Tel. Residencial: ( )  
DDD DDD DDD

E-mail:

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☒ NÃO ☐ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☐ Outros:

(DESCREVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Victima pede que reabra seu sinistro e possa realizar uma avaliação médica  
vítima no aguardo!

Rio Branco/AC 03-04-2020

Local e Data

Juliarlinton Chaves de Aguiar

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

## Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200032674 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA NO PÉ E TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200032674 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PÉ DIREITO E TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027676/20

**Vítima:** JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

**CPF:** 044.061.452-06

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/07/2019

**Titular do CPF:** JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR : 044.061.452-06**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/01/2020  
Nome: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR  
CPF: 044.061.452-06

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

MAIRLA LIMA DE SOUZA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0109594/20

**Vítima:** JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

**CPF:** 044.061.452-06

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/07/2019

**Titular do CPF:** JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR : 044.061.452-06**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/04/2020  
Nome: JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR  
CPF: 044.061.452-06

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/04/2020  
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix  
CPF: 025.787.852-10

JULIARLINTON CHAVES DE AGUIAR

Thayane Pinheiro Fernandes Felix