

Cruzeiro do Sul Acre, 13 de novembro de 2018

A
Seguradora Lider

Senhor Analista,

Eu, **Thalita Saire Castro da Silva** C.P.F.: **028.586.882-90**, venho por meio desta, solicitar o imediato **CANCELAMENTO** do meu sinistro junto a **LÍDER**

Data Acid: 19/07/2018
Sinistro: 3180444485

Contato: 68 99982-6189

Sem mais para o momento, agradecemos vossa compreensão.

Thalita Savine Castro da Silva



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350078/18

Vítima: THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA

CPF: 028.586.882-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/07/2018

Titular do CPF: THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA : 028.586.882-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/09/2018
Nome: THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA
CPF: 028.586.882-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350078/18

Número do Sinistro: 3180444485

Vítima: THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA

CPF: 028.586.882-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/07/2018

Titular do CPF: THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 14/11/2018

Nome: THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA

CPF: 028.586.882-90

Data do cadastramento: 14/11/2018

Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

CPF: 783.757.462-15

THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180444485

Vitima: THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA

Data do Acidente: 19/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180444485**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Thalita Saure Castro da Silva

CPF da Vítima

028.556.882-90

Data do Acidente

19.07.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 atende 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 Lider 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.

EZS-Nº 13 de Setembro de 2018

Local e Data

Thalita Saure Castro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Thalita Souza Castro da Silva

RG nº 51887710, data de expedição 14/11/17, Órgão SSP/AC,

CPF nº 028.586.587-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | | |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua do Remanso</u> | <u>24 SET 2018</u> |
| Número | <u>625</u> | <u>PARA SÉ</u> |
| Apto / Complemento | <u>caso</u> | |
| Bairro | <u>Remanso</u> | |
| Cidade | <u>Cruczeiro do Sul</u> | |
| Estado | <u>AC</u> | |
| CEP | <u>69980-000</u> | |
| Telefone de Contato | <u>(68) 99987-6189</u> | |
| E-mail | | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Cruczeiro do Sul - AC, 13.09.2018

Assinatura do Declarante: Thalita Souza Castro da Silva

801999212

• 100 •

| COMITÉ HISTÓRICO | VERIFICACIÓN | CONSIDERACIÓN | RESOLUCIÓN PARCIAL |
|------------------|--------------|---------------|--------------------|
| AGOSTO/2018 | 16/08/2018 | 146 | 82,41 |

TELMA SANTOS DE CASTRO
R. DO REMANSO 625 REMANSO
CPF: 00036058653219
CEP: 69.980-000 - CRUZEIRO DO SUL ROT: 9.040.09.03.002950

| CEP: 69.980-000 - CRUZEIRO DO SUL | | RTV: 31.04.2018 |
|-----------------------------------|------------|-----------------|
| CEP: | 69.980-000 | |
| UF: | RS | |
| Logradouro: | 17626 | 09/08/2018 |
| Número: | 17480 | 09/07/2018 |
| Complemento: | 1.000 | 08/09/2018 |
| CEP Móvel: | 146 | 08/08/2018 |
| CEP Fixo: | 146 | 09/08/2018 |
| | FCAN | |

Journal of Oral Rehabilitation 2006 33: 31–36
© 2006 Blackwell Publishing Ltd
DOI: 10.1111/j.1365-2710.2005.01462.x

DATA DA VISITA E SITUAÇÃO

RES10.BX.RENDA MONO 7157367 1.4.1.1 150

| DETALHADO DA Fatura | | DETALHADO DA Fatura | | |
|------------------------|------------|---------------------------------|---------------------|-------|
| JUL/18 | 165 | CONSUMO | 38 A R\$ 0,231331 = | 6,93 |
| JUN/18 | 144 | | 70 A R\$ 0,396569 = | 27,77 |
| MAI/18 | 141 | | 46 A R\$ 0,594847 = | 27,36 |
| ABR/18 | 138 | CONTR. ILUMINACAO PUBL. (COSIP) | | 6,86 |
| MAR/18 | 147 | DIFERENCA DE TARIFA | | 38,89 |
| FEV/18 | 130 | SUBVENCAO BAIIXA RENDA | | 28,70 |
| JAN/18 | 113 | CORRECAO MONETARIA IG 06/18-00 | | 1,05 |
| DEZ/17 | 156 | MULTA POR ATRASO 06/18-00 | | 1,42 |
| NOV/17 | 151 | JUROS DE MORA DE IMPO 06/18-00 | | 0,85 |
| OUT/17 | 154 | | | 24 SF |
| TOTAL DE CONTRIBUICAO: | | | | |
| 0 A 30 | - 0,100000 | | | |
| 1 A 100 | - 0,100000 | | | |
| 101 A 140 | - 0,100000 | | | |

2 SET 2013

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 12/06/2018. O não pagamento por 240 dias ou mais é incluído no nome do consumidor na SERPRO. Caso tenha sido feito o pagamento favor de considerar este aviso.

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

1860 3890 863A 3388 A19C 953C 1405 4338

| RESUMO FINANCIERO | | RESUMO FINANCIERO | |
|-------------------|-------|--------------------|--------|
| Capital social | 33,52 | Res. de Capital | 100,93 |
| Reserva | 26,73 | Reserva de R&D | 25,00% |
| Capital social | 0,89 | Capital de CDB | 25,23 |
| Reserva | 13,32 | Reserva P&L | 0,22 |
| Reserv. de CDB | 26,47 | Reserva de CDB&R&D | 1,92 |

ROT: 9 040.09.03.002956

Eletrobras
Plataforma AC

92/43

01004/0-2

82,

08/2001

16/09/2018

08/2018

16/08/20

8.2.3 ECAM

836400000000 3 82410045000 9 00000000106 5 47620818008 5





COPIA
COMPROVANTE
ENCIA/S/A

21 SET 2018

PESSOAL
FOLHA

Contato para perícia médica
(68) 99982-6189