

Cruzeiro do Sul Acre, 13 de novembro de 2018

A  
Seguradora Lider

Senhor Analista,

Eu, **Thalita Saiure 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 Saiure 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](http://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

THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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](http://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: 14/11/2018  
Nome: THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA  
CPF: 028.586.882-90

\_\_\_\_\_  
THALITA SAIURE CASTRO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018  
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA  
CPF: 783.757.462-15

\_\_\_\_\_  
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**

Carta nº 13399831



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 interdita 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 Siqueira Castro da Silva

CPS da Vítima

028.586.882-90

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

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

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

028-111.13 de Setembro de 2018

Local e Data

X Thalita Siqueira Castro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Thalita Sainete Castro da Silva

RG nº 11887710, data de expedição 14/11/17, Órgão SSP/AC

CPF nº 028.586.582-90, 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>	24 SET 2018 PREV. 35 JUL 2018
Número	<u>625</u>	
Apto / Complemento	<u>casa</u>	
Bairro	<u>Remanso</u>	
Cidade	<u>Cruzeiro do Sul</u>	
Estado	<u>AC</u>	
CEP	<u>69.980-000</u>	
Telefone de Contato	<u>(68) 99982-6189</u>	
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Cruzeiro do Sul - AC, 13.09.2018

Assinatura do Declarante: x Thalita Sainete Castro da Silva

Companhia de Eletricidade do Acre S.A.  
Rua Vitorino Magalhães 128 - Bairro - Rio Branco - AC  
CEP: 69.000-000 Fone: (067) 324.1000 Fax: (067) 324.1001  
E-mail: atendimento@eletrobras.com.br

Nº da Nota Fiscal 001999212

Atenção: Este boleto é emitido em nome do consumidor e não da Eletrobras.

CONTABILIZADO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	16/08/2018	146	82,41

TELMA SANTOS DE CASTRO  
R. DO REMANSO 625 REMANSO  
CPF: 00036058653215  
CEP: 69.980-000 - CRUZEIRO DO SUL

ROT: 9.040.09.03.002950

DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	VALOR	DATA DE CANCELAMENTO
Consumo	17626	09/08/2018
Consumo	17480	09/07/2018
Consumo (Módulo)	1,000	08/09/2018
Consumo (Módulo)	146	08/08/2018
Consumo (Módulo)	146	09/08/2018

Tipo de Tarifa NORMAL

Classe de Responsabilidade

Data de Vencimento

31

CLASSIFICAÇÃO	TIPO	NÚMERO DE CONTADOR	FAZENDA	CLASSE DE	VALOR
RESID. B.X. RENDA	MONO	7157367		1.4.1.1	150

DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	VALOR	DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	VALOR
JUL/18	165	CONSUMO	30 A R\$ 0,231331 = 6,93
JUN/18	144		70 A R\$ 0,396569 = 27,75
MAT/18	141		46 A R\$ 0,594847 = 27,36
ABR/18	138	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,86
MAR/18	147	DIFERENCA DE TARIFA	38,89
FEV/18	130	SUBVENCAO BAIXA 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		
TARIFA BOM TRIBUTOS			
0 A 30	0,17626		
31 A 60	0,35252		
61 A 90	0,52878		
91 A 120	0,70504		
121 A 150	0,88130		
151 A 180	1,05756		
181 A 210	1,23382		
211 A 240	1,41008		
241 A 270	1,58634		
271 A 300	1,76260		

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE  
24 SET 2018  
PROJ. 0106476-2

MENSAGENS IMPORTANTES - PRAZO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 14/08/2018. O não pagamento por 30 dias consecutivos também é incluído no nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO A960.7990.863A.3308.A19C.953C.1405.4336

COMPONENTES DA CATEGORIA - R\$	IMPACTOS FINANCEIROS - R\$
Consumo	33,52
Consumo	26,73
Consumo	0,89
Consumo	13,32
Consumo	26,47
	100,93
	25,00%
	25,23
	0,22
	1,02

DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	VALOR	DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	VALOR
Consumo	12,71	Consumo	25,43
Consumo	0,85	Consumo	50,86
		Consumo	7,27
		Consumo	14,54
		Consumo	29,08
		Consumo	6,48
		Consumo	0,58

CRUZEIRO DO SUL

06/2018

27,41

ROT: 9.040.09.03.002950

**Eletrobras**  
Distribuição Acre

0106476-2

82,41

08/2018

16/08/2018

001999212

FCAH

83640000000 3 82410045000 9 00000000106 5 47620818008 5



COMPROVANTE DE REGISTRO  
24 SET 2018  
FIC 10000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRO  
NACIONAL DE ENFERMEIROS

AC

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1483694109

Nome: **THALITA SAUANE CASTRO DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE (ONG, EMISSOR / UF): **11887710 SSP AC**

CPF: **028.586.882-90** DATA NASCIMENTO: **15/03/1996**

FILIAÇÃO: **FRANCISCO JOSIMEI DO CARMO DA SILVA**  
**TELMA SANTOS DE CASTRO**

PERMISSÃO: **REGULAR** ACC: **REGULAR** CAT. HAB: **A**

Nº REGISTRO: **06734605922** VALIDADE: **11/02/2020** 1ª HABILITAÇÃO: **04/11/2016**

OBSERVAÇÕES:

*Thalita Sauane Castro da Silva*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **RIO BRANCO, AC** DATA EMISSÃO: **14/11/2017**

*Elis borges*  
ASSINATURA DO EMISSOR

53907861309  
AC407844366

ACRE

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1483694109

Contato para perícia médica  
(68) 99982-6189