

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder
Companhia de Seguros S/A

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080305/19

Número do Sinistro: 3190186814

Vítima: ANASTACIO BISPO MARTINS

CPF: 632.386.592-00

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: ANASTACIO BISPO MARTINS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

MARLIZIA MAIA GONDIM : 939.803.882-04

Procuração

ANASTACIO BISPO MARTINS : 632.386.592-00

Autorização de pagamento

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.apvatseguro.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 cancela 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: 21/05/2019
Nome: ANASTACIO BISPO MARTINS
CPF: 632.386.592-00

ANASTACIO BISPO MARTINS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/05/2019
Nome: Alexandre Tavares Beifort
CPF: 024.206.707-86

Alexandre Tavares Beifort

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080305/19

Número do Sinistro: 3190186814

Vítima: ANASTACIO BISPO MARTINS

CPF: 632.386.592-00

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: ANASTACIO BISPO MARTINS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

MARLIZIA MAIA GONDIM : 939.803.882-04

Procuração

ANASTACIO BISPO MARTINS : 632.386.592-00

Autorização de pagamento

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: 21/05/2019
Nome: ANASTACIO BISPO MARTINS
CPF: 632.386.592-00

ANASTACIO BISPO MARTINS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/05/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080305/19

Vítima: ANASTACIO BISPO MARTINS

CPF: 632.386.592-00

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: ANASTACIO BISPO MARTINS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARLIZIA MAIA GONDIM : 939.803.882-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANASTACIO BISPO MARTINS : 632.386.592-00

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: 08/03/2019
Nome: ANASTACIO BISPO MARTINS
CPF: 632.386.592-00

ANASTACIO BISPO MARTINS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

Rio de Janeiro, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190186814

Vítima: ANASTACIO BISPO MARTINS

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARLIZIA MAIA GONDIM

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANASTACIO BISPO MARTINS

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, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190186814

Vítima: ANASTACIO BISPO MARTINS

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARLIZIA MAIA GONDIM

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANASTACIO BISPO MARTINS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190186814

Vítima: ANASTACIO BISPO MARTINS

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARLIZIA MAIA GONDIM

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANASTACIO BISPO MARTINS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190186814

Vítima: ANASTACIO BISPO MARTINS

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARLIZIA MAIA GONDIM

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANASTACIO BISPO MARTINS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 632.386.592-00	Nome completo da vítima: Anastácio Bispo Martins
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Anastácio Bispo Martins	CPF: 632.386.592-00	
Profissão:	Endereço: Rua Madre Paulina	Número: 825 Complemento:
Bairro: Aeroporto	Cidade: Estadão	Estado: AC
E-mail:	CEP: 69534-000	Tel. (DDD): (68) 99915-7799

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
---	---

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Gráu de Parentesco com a vítima: ☐ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Estadão - AC, 28/01/19**

Nome: **Anastácio Bispo Martins**

CPF: **632.386.592-00**

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Anastácio Bispo Martins

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Mariliza Maria Gondim

Assinatura do Procurador (se houver)

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

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ANASTACIO BISPO MARTINSPORTADOR(A) DO RG Nº 338939 EXPEDIDO POR SSPIAC EM 31/10/18 ECPF 6322386592-00 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO -

E RENDA MENSAL DE R\$ - () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANASTACIO BISPO MARTINS AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SÍSDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3436 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 7.990-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Epitaciândia AC 23 de Jan de 2019
LOCAL E DATA

Anastácio Bispo Martins
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Sem título
CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470. #20 | AUTO ATENDIMENTO | 29/01/2019

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 3416 BRASILEIA OPER: 013 CONTA: 7.990-3

PERIODO: 01012018 ATE: 29012019 CPF: 632.386.592-00
NOME: ANASTACIO BISPO MARTINS VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
01/12/2018	000000	REM BASICA	0,00000000	0,00 C	5,21 C
01/12/2018	000000	CRED JUROS	0,00371500	0,02 C	5,23 C
01/01/2019	000000	REM BASICA	0,00000000	0,00 C	5,23 C
01/01/2019	000000	CRED JUROS	0,00371500	0,02 C	5,25 C

SALDO EM 28/01/2019 R\$ 5,25 C
F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG.
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	632.386.592-00	Anastácio Bispo Martins
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Anastácio Bispo Martins	632.386.592-00	
Profissão:	Endereço:	Número:
	Rua Madre Paulina	823
Bairro:	Cidade:	Estado:
Aeroporto	Epitaciolândia	AC
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	69934-000	(68) 99915-7799

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3416 ☐ CONTA: 7.990 ☐ 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

RECEBIDO

14 MAI 2019

Seguradora Líder DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Nascimento (val nascer): _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Epitaciolândia/AC, 28/01/19
Nome: Anastácio Bispo Martins
CPF: 632.386.592-00

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Anastácio Bispo Martins

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Mariela Maria Gomes

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

grator cl B.O
Boletim de ocorrência

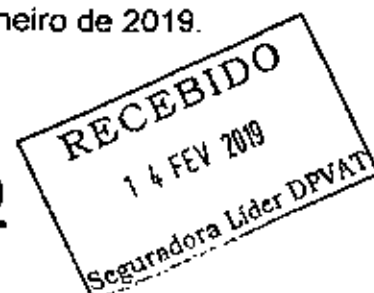


	ESTADO DO ACRE CORPO DE BOMBEIROS MILITAR 5º BPCIF	
---	---	---

CERT. Nº 01/2019

Epitaciolândia- AC, 22 de janeiro de 2019.

CERTIDÃO DE SINISTRO



Aos dois dias do mês de dezembro do ano de 2018 às 15h35min, atendendo solicitação do CIOSP-PM, uma Guarnição do 5º Batalhão de Proteção e Combate a Incêndio Florestal do Alto Acre, deslocaram-se na viatura Ambulância de placas ODR-3884, até o bairro liberdade, av. Amazonas, Epitaciolândia- AC, para atender uma ocorrência acidente de trânsito, um caminhão teria atingido o senhor: **ANASTÁCIO BISPO MARTINS RG: 318919 CPF:632.386.592-00**, o mesmo estava orientado e apresentava sangramento causada por um corte na cabeça, escoriações pela face e membros superiores e inferiores . A vítima recebeu todos os procedimentos de A. P. H e foi conduzida ao Pronto Socorro de Brasília, ficando aos cuidados da equipe médica de plantão.

Após o atendimento a guarnição de bombeiros retornou ao Quartel do 5º BPECIF.


UILDEMBERGUE LIMA DE SOUZA – 1ºTEN QOA BM

Comandante do 5º BEPCIF.


Marciana Gonçalves Freire – 3ºSGT BM

Chefe da Seção de Ensino Instrução e Estatística-SEIE

Ao: Sr Comandante do Corpo de Bombeiros do Alto Acre

Eu, ANASTACIO BISPO MARTINS , RG 318919 CPF: 632.386.592-00 venho solicitar um atestado de sinistro.

Endereço: AV. AMAZONAS

Bairro: LIBERDADE

Município: EPITACIOLANDIA

Tipo de ocorrência: QUEDA DA ALTURA

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO BAR

Data da Ocorrência: 02-12-2018

Telefone:

EPITACIOLANDIA/AC em 21 de JANEIRO DE 2019.

Anastacio Bispo Martins

Requerente

5º BEPCIF
Nº 088
Em 21/01/19 Horas 08:15
Protocolista

BOLÉTIM DE OCORRÊNCIA - CBMAZ				N.º BO (SIGO)	
GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ				N.º DESPACHO (CIOSP)	
DATA	01	11	2015	HORA:	15:35
SOLICITANTE:	Jornalista <i>[assinatura]</i>				
RG/CPF:					
LOGRADOURO:	<i>Dr. Jorge de Jesus</i>			N.º	
COMPLEMENTO:				CEP:	
REFERÊNCIA:	<i>Ata da reunião de 14/11</i>				
BAIRRO:	<i>Valinhos</i>				
MUNICÍPIO:	<i>Paranaguá</i>			U.F.	<i>PR</i>
				ENDEREÇO: BAR ☐ POSTO COMBUSTÍVEL CASA ☐ PARQUE ☐ CINEMA ☐ TERRENO BALDO ☐ COMÉRCIO ☒ VIA PÚBLICA ☐ ESCOLA ☐ PRESIDÊNCIA ☐ ESTÁDIO ☐ PRIMO ☐ CHÁCARA ☐ OUTRO ☐	

STATUS DO ATENDIMENTO		AÇÕES REALIZADAS	
TROTE	SERVIÇO PRESTADO POR TERCEIROS	CONFINAMENTO	PROTEÇÃO DE ÁREA
RECUSA	QTH NÃO LOCALIZADO	PROTEÇÃO DE SALVADOS	REALIZAÇÃO DE ACFIRO
OTA	VÁLIDO (ATENDIDO)	RESCALDO	EXTINÇÃO DE INCÊNDIO
FALSO ALARME	OUTRO:	CONTENÇÃO	OUTRO:

DATA / HORÁRIOS											
SAÍDA	DATA	HORA	LOCAL	DATA	HORA	TÉRMINO	DATA	HORA	BASE	DATA	HORA
	09.12	15.34		09.12	15.43		09.12	14.46		09.12	14.30

PROPOSIÇÃO		PROPOSIÇÃO		PROPOSIÇÃO		PROPOSIÇÃO	
MANOJO	ABOLIA	BUSCA DE PESSOA	PREVENÇÃO EM ESTADO	AMARÇAMENTO			
PEQUENO	COZ	BUSCA DE ANIMAL	DESFILE CIVICO-MULTAS	COLOCAÇÃO DE FAIXA			
MEDIO	ESPURAA	BUSCA DE BENS	VISTORIA EM GUP	POSICIONAMENTO DE BANGUEIRA			
GRANDE	POS	CAPTURA DE INSETO	VISTORIA DE ARVORE	LAVAGEM DE NITIO			
EXTRA-ORDINARIO	OUTRO:	RODA DE ARVORE	VISTORIA TECNICA	ESQUEMAMENTO/ESQUEMAMENTO			
ABASTECIMENTO	ATAQUE MISTO	LIMPEZA DE POSTA	ESQUEMAMENTO	MUDANÇA DE FAMILIA			
ISOLAMENTO	CONDUÇÃO	DESABASTECIMENTO	ASSISTENCIA BANHISTAS (PREVENÇÃO)	ABASTECIMENTO DE AGUA			
MISTO	CONVECÇÃO	SOTERRAMENTO	ISOLAMENTO DE AREA	EXPOSIÇÃO DE MATERIAL OPERACIONAL			
OUTRO:	IRADIAÇÃO	BUSCA DE CADÁVER	CONDIÇÃO DE ATITUDE (OUTRO)	ACAO CIVICO-SOCIAL/VENTO PUBLICO			
RESERVIAMENTO	OUTRO:	ENTRADA FORÇADA	TREINAMENTO	DEMONSTRAÇÃO PROFISSIONAL/SIMULADO			
SEM DANOS	FOGO EM FLORESTA	DESENCALÇAMENTO	ESCOLTA DE AUTORIDADE	PALESTRA			
PARCIAL	FOGO EM VEGETAÇÃO	RESGATE EM ELEVADOR	VISITA PREVENTIVA	OUTRO:			
TOTAL	OUTRO:	TREINAMENTO	OUTRO:	OUTRO:			
OUTRO:	OUTRO:	SALVAMENTO AEREO	TOXICO	EXPLOSIVO			
OUTRO:	OUTRO:	RETRADA CAIXA D'AGUA	RADIOATIVO	CORROSIVO			
OUTRO:	OUTRO:	OUTRO	INFLAMAVEL	OUTRO:			

[illegible][illegible]

1. IDENTIFICACAO TRANSICAO		2. IDENTIFICACAO DA TRANSICAO			
ORDEN.	OFICIAIS	ORDEN.	OFICIAIS	RG/CPF	DATA NASCIMENTO
1.		1.			
2.		2.			
3.		3.			
4.		4.			

SUBTENENTES E SARGENTOS		VEICULO			CONDUTOR
	ORDEN	VEICULO	PLACA	CONDUTOR	
1.					
2.	1.	200 100 100 100		200 100 100 100	
3.	2				
4.	3.				

CABOS E SOLDADOS		10) ODÔMETRO		
1.	2.	ORD.	VIATURA	PLACA
1.	Sd. [illegible]	I.	[illegible]	[illegible]
2.	Sd. [illegible]	II.	[illegible]	[illegible]
3.	Sd. [illegible]	III.	[illegible]	[illegible]
4.	Sd. [illegible]	IV.	[illegible]	[illegible]
5.	[illegible]	V.	[illegible]	[illegible]
6.	[illegible]			

10) ODÔMETRO
 ODÔMETRO DE SAÍDA
 ODÔMETRO DO LOCAL
 ODÔMETRO DE CHEGADA NA BASE

Marciano Gomes [illegible]
 Mte. [illegible]

1	HOUE FALTA DE PROTEÇÃO (ISOLAMENTO)	OBM MAIS PRÓXIMA SEM VIATURA APROPRIADA
2	HOUE FALTA DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO	OBM MAIS PRÓXIMA EM ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA
3	HOUE DIFICULDADE EM LOCALIZAR O ENDEREÇO	FALTA OU INCORREÇÃO SOBRE OS DADOS DO EVENTO
4	HOUE PERDA DE TEMPO EM CONGESTIONAMENTO	PANE EM VIATURA
5	DISTÂNCIA DO LOCAL SUPERIOR A 5 KM	PANE EM EQUIPAMENTO
6	OUTRA:	

2000年12月1日

~~ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED~~

تقاریر و مذاکرہ

1991年4月25日

تاریخ اسلام کے بارے میں

COMANDANTE DA GUARNIÇÃO	NOME GUERREIRO		VISTO		COMANDANTE DA UNIDADE	NOME GUERREIRO		VISTO	
	NOME GUERREIRO		VISTO			NOME GUERREIRO		VISTO	
	POSTOGRAD.					POSTOGRAD.			
	MATRICULA					MATRICULA			
	DATA:					DATA:			



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

Anastácio Bispo Martins

CPF da Vítima

632.388.592-00

Data do Acidente

02/12/2018

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.

Espetaculândia/AC, 28 de Janeiro de 2019

Local e Data

Anastácio Bispo Martins

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 225 - A. B. - B. - F. - S. - A. - C.
FONE: (068) 333.0001 - FAX: (068) 333.0002 - CEP: 69.000-000
Núcleo de Atendimento ao Cliente - Fone: (068) 333.0003

Nº da Nota Fiscal: 003315532

A partir de 10/12/2016, a FEE passou a ser emitida em 20 de Abril de 2007

CONTAS A PAGAR: 07/01/2019 113 85,63

DEZEMBRO/2018

07/01/2019

113

85,63

EUNICE MAIA GONDIM
AV. SANTOS DUMONT 1075 CENTRO
CPF: 00019718403272
CEP: 69.934-000 - EPITACIOLÂNDIA

ROT: 1.016.01.02.001550

DADOS DA LECTURA		DADOS DA LECTURA	
Atual	5002	Atual	28/12/2018
Anterior	4889	Anterior	29/11/2018
Consumo de Mês	1,000	Provisão	30/01/2019
Consumo Faturado	113	Emissão	27/12/2018
Consumo Faturado	113	Apresentação	28/12/2018

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Ocas da Contagem: 29

Class/Subclass	Usgado	Numero Medidor	Posto	Código Fel	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BT	8055698		1.1.1.2	92

HISTÓRICO	DESCRIÇÃO DA CONTA
NOV/18 131	CONSUMO 113 A R\$ 0,697765 = 78,84
OUT/18 136	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CDSIP) 4,48
SET/18 97	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-00 0,29
AGO/18 77	MULTA POR ATRASO 11/18-00 1,69
JUL/18 59	JUROS DE MORA DE IMPO 11/18-00 0,33
JUN/18 5	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,03
MAI/18 0	
ABR/18 163	
MAR/18 63	
FEV/18 119	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 113 - 0,557874	

Comprovante de residencia



MENSAGENS IMPORTANTES/REAVISO DE VENCIMENTO

A PARTIR DE 13/12 CFE REH2497/18 ANEEL REAJ. TARIF. MÉDIO 21,29%.
LIGUE 0800-647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28
Parabéns! Até o dia 27/12/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 1890.78FE.0792.78F0.9248.4E14.0607.8360

COMPOSIÇÃO DA CONTA	IMPOSTOS/TRIBUTOS
Distribuição 28,86	Base de Cálculo: 78,84
Energia 23,00	Alíquota ICMS: 16,00%
Transmissão 0,76	Valor de ICMS: 12,61
Encargos 11,47	Valor de IPI: 0,38
Tributos 14,75	Valor de COFINS: 1,76

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DICM
	Atual	Trimestral	Atual	Trimestral
Índice	15,68	31,37	62,74	7,27
Atualizado	1,14	2,00	0,92	

Conjunção EPITACIOLÂNDIA: 10/2018 EUSD: 43,54



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

CONFORME ORIGINAL

18.01.2018
Maria José V. Silva
RESPONSÁVEL
3. MEIOBOL CERRASZIAAC

Documentação médica - hospitalar



Novo Acre



mãe: Dalquima

BOLETIM DE ATENDIMENTO

SUS: N. Tem

DATA: 02/12/18 HORA: 16:35 Nº SIS PRÉ-NATAL: C.SUS-Nº

NOME: MODO - Martocio Bispo Martins IDADE: 37

DATA NASC: 15/04/75 SEXO: (X) MASCULINO () FEMININO

ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Aposentado TEL: (68)

ENDEREÇO: Rua do Aeroporto

BAIRRO: Aeroporto CIDADE: Roraimópolis ESTADO: AC

RESPONSÁVEL: Prisma, Lina Maria TEL:

QUEIXA PRINCIPAL: pt. an. cãbula cãlho (a mudo)

pt. cãtalo de os ualho; e de est. cãtalo

de ter fudo no cabu (oculto) 7 x 7 cm

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: fudo cãtalo. no dno. lãtalo

TRATAMENTO: re lãtalo, re cãtalo. de cãtalo

re lãtalo (cãtalo de lãtalo) de lãtalo

CONDIÇÕES DE ALTA: () MELHORAMENTO () CURADO () A PEDIDO () ÓBITO

INTERNAÇÃO PARA: TRATAMENTO PARA:

EXAMES: (X) RX (X) LABORATÓRIO (X) ULTRASSONOGRAFIA: () OUTROS:

04.034.526/0009-09

Secretaria de Estado de Saúde

Hospital Raimundo Chaves

PRF. Rolando Moreira SR

CEP 69.939-000

BRASILEIA

AC

Boletim

de Saúde do Município de

Roraimópolis

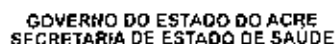
AC

15:17:15 PM

Lina R. Oliveira Cordeiro

Médica

CRM: 16054



**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
VERMELHO**

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DATA: 1 1

HORA: _____

NOME:

QUEIXA PRINCIPAL

CONFORME ORIGINAL

Date: 12/27/97
Initiated by: JOSH V. SILVER

~~RESE. SAME. EDC~~

~~RESPONSABLE~~

UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION

HISTÓRIA DA MOLESTA ATUAL (INÍCIO, EVOLUÇÃO E DURAÇÃO)

EXAME FÍSICO SUMÁRIO: (ARARÊNCIA FÍSICA, RESPOSTA EMOCIONAL, ESCALA DE DOR E ESCALA DE COMO DE GLOSGOW (ECG) SINAIS SINTOMAS E PESO):

PESO: KG, SV, TEMP: 36° PAX 120 X 70 MMG: PULSO: 82 RESP: 80, 100%

HISTÓRIA DE CONSULTA RECENTE E MEDICAÇÃO ATUAL:

№ 04.034.526/0009-09

MEDIDAS INICIAIS ADOTADAS CONDUZA:

Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Esmeralda Chaz

2. PRF Roldo Morais SN
CNP 89.952.009

BRASILEIRA

4

ASSINATURA DO ENFERMEIRO (A) CARIMBO



CONFORME ORIGINAL

2018-19

Maria José A. Silva

RESP **RESPONSE**

[illegible]

Movo Acre

Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

UNIDADE:-

NOME: ANA M^(C) BLSO PIAZZA

DADE: 374 B.E.

OBSERVAÇÃO

LETO:

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
02-12-18	1	Dieta líquida	SAD	19h. Taceu
18-12-18	2	Sua mãe relatou SAD em 11/12	1	João de Deus
	3	Prescrição op 1g por 6h 12h e	24 h	SAD. Vítima
	4	Prescrição op 1g em 6/6h	18 24 h	de ade deito
	5	Prescrição op 200mg em 14/12	20	de cicatrização
	6	Prescrição op 500mg em 14/12	00	por avaliação
	7	Prescrição op 500mg em 14/12	04	medico foi anu-
	8	Prescrição op 500mg em 14/12	08	nunciado à OR
	9	Prescrição op 500mg em 14/12	12	Prescrição de 3H 100
	10	Prescrição op 500mg em 14/12	16	de 19h. parte superior
	11	Prescrição op 500mg em 14/12	20	de 19h. parte superior
	12	Prescrição op 500mg em 14/12	24	de 19h. parte superior
	13	Prescrição op 500mg em 14/12	28	de 19h. parte superior
	14	Prescrição op 500mg em 14/12	32	de 19h. parte superior
	15	Prescrição op 500mg em 14/12	36	de 19h. parte superior
	16	Prescrição op 500mg em 14/12	40	de 19h. parte superior
	17	Prescrição op 500mg em 14/12	44	de 19h. parte superior
	18	Prescrição op 500mg em 14/12	48	de 19h. parte superior
	19	Prescrição op 500mg em 14/12	52	de 19h. parte superior
	20	Prescrição op 500mg em 14/12	56	de 19h. parte superior
	21	Prescrição op 500mg em 14/12	60	de 19h. parte superior
	22	Prescrição op 500mg em 14/12	64	de 19h. parte superior
	23	Prescrição op 500mg em 14/12	68	de 19h. parte superior
	24	Prescrição op 500mg em 14/12	72	de 19h. parte superior
	25	Prescrição op 500mg em 14/12	76	de 19h. parte superior
	26	Prescrição op 500mg em 14/12	80	de 19h. parte superior
	27	Prescrição op 500mg em 14/12	84	de 19h. parte superior
	28	Prescrição op 500mg em 14/12	88	de 19h. parte superior
	29	Prescrição op 500mg em 14/12	92	de 19h. parte superior
	30	Prescrição op 500mg em 14/12	96	de 19h. parte superior
	31	Prescrição op 500mg em 14/12	100	de 19h. parte superior

WITNESS

(Unit)

Gratias Agere de la part de
Enfermeurs
COREN 245.950-AD

CONFIDENTIAL
Davidson, David
RESP SWE/HCRC
CONFIDENTIAL

~~The can mellonistola gli
Gianpiero & me
Vendo che costano
MFA 600 lire~~

1. LARRY H. DAVIS & COMPANY
WILMINGTON
CORN: 160514

[illegible]

27
28
29

2018年 06月 03日

05-15-18
10:00

04.034.526/0009-09

So. Ave do Estado de Saude
Hospital Rainundo Chaur
PRF. Eulando Moreira

Cf. 89.934-200
BRASILEIA

5



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RABUNDO FERNANDES DE MELO

Polgar Direito

Anastacio Bispo Martins

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

318919

31/10/2016

ANASTÁCIO BISPO MARTINS

JUVENAL SOARES MARTINS

VALQUIRIA RODRIGUES BISPO

NATURALIDADE

BRASILÉIA - AC

DATA DE NASCIMENTO

15/04/1975

CERTO NASC 11.996 FLS 290 LIV A-16

BRASILÉIA-AC

632.386.592-00

2 VII

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

ANASTACIO BISPO MARTINS

Nº de inscrição

632386592-00

Data do Nascimento

15/04/75

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

Anastacio Bispo Martins

ANASTACIO BISPO MARTINS

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 22/02/97