

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: 607.102.762-49 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO DA SILVA FREITAS

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

5 - Nome completo: ANTONIO DA SILVA FREITAS 6 - CPF: 607.102.762-49
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: R GERALDO LEITE 9 - Número: 2933 10 - Complemento: QD 09D CS 22
11 - Bairro: CIDADE DO POVO 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.909-192
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (68) 98403-6714

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0534 CONTA: 013 00039715 1 AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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) ☐ Divorciado ☐ 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 nascituro(a) nascido(a)? ☐ 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

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 AC 17/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

COMPANHIA DE DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA DO ACRE S.A.
Rua General Humberto de Alencar Castelo Branco, 220 - Fátima - 69001-900 - Fone: (66) 322-1111
Fax: (66) 322-1111 - E-mail: atendimento@eletrobras.com.br - Site: www.eletrobras.com.br

Nº da Nota Fiscal: 001498271

A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida em nome da ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA DO ACRE S.A.

JUNHO/2018 22/06/2018 67 18,95

ANTONIO DA SILVA FREITAS
R GERALDO LEITE 2933 QD 09D CS 22 CIDADE DO POVO
CPF: 00060710276249
CEP: 69.909-192 - RIO BRANCO

ROT: 20.001.20.02.004030

Ativ.	518	Ativ.	16/06/2018
Ativ. 1	451	Ativ. 1	16/05/2018
Consumo de Energia Elétrica	1,000	Projeção de Consumo	17/07/2018
Consumo Fictício	67	Emprego	13/06/2018
Consumo Fictício	67	Aplicação de Taxa	16/06/2018

Forma de Pagamento: NORMAL Valor da Fatura: 31

Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor
RESID. Bx. RENDA MONO	MON17106207	1.4.1.1	66	

Mês	Consumo	Valor	Valor
MAI/18	71	CONSUMO 30 A R\$ 0,200904	6,02
ABR/18	64	37 A R\$ 0,323469	11,96
MAR/18	75	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	0,89
FEV/18	79	DIFERENÇA DE TARIFA	18,33
JAN/18	57	SUBVENCAO BAIXA RENDA	18,25
DEZ/17	105	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,16	
NOV/17	60	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,79	
OUT/17	90		
SET/17	49		
AGO/17	36		

LIGUE 0800 047 1190 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28
Parabéns! Até o dia 13/06/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO DE FISCOS 991A.A18F.3EAD.AM49.C459.F802.C45E.999H

Descrição	Valor	Valor	Valor
Geração	16,27	Base de Cálculo	
Energia	12,97	Alíquota ICM	
Transmissão	0,43	Valor do ICM	
Distribuição	6,46	Valor da PIS	0,03
Taxas	0,15	Valor do COFINS	0,15

Mês	Consumo	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Junho	11,72	23,44	46,89	5,54	11,09	22,18	6,05
Contribuição	2,67			4,00			0,98

Companhia: TAQUARI

Período de Referência: 04/2018



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA

Novo Acre
Governo para o empreendedor



BOLETIM DE ATENDIMENTO

Sus: 705 4014 1509 3999

DATA: 08/10/19 HORA: 10:50 Nº SIS PRÉ-NATAL: _____ C.SUS-Nº _____

NOME: Antonio da Silva Freitas IDADE: 42

DATA NASC: 1/1/ SEXO: ☒ MASCULINO () FEMININO

ESTADO CIVIL: Cas. PROFISSÃO: Motorista TEL: 99949233+

ENDEREÇO: Q. 90 - C. 22

BAIRRO: CDP CIDADE: R-B ESTADO: AC

RESPONSÁVEL: _____ TEL: _____

QUEIXA PRINCIPAL: *pat em dor e nã de med
com tã e nã de med
A per tã*

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

TRATAMENTO: _____

*- Tratada com 902 PA 11/33
- Dipirona 200 mg*

Dr. Luiz Felipe Leite Martins
CRM-BA 30.574

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

INTERNAÇÃO PARA: _____ TRATAMENTO PARA: _____

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



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre
Governo paralelo para empreendedores



**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
VERMELHO**

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DATA: 1/1

HORA: 13:00

NOME: Antonio

QUEIXA PRINCIPAL

PCT infus trauma

laxante de modo infus de
em região abdominal e tórax

Po 10/100g de Sulfato e enemas e RX

HISTÓRIA DA MOLESTA ATUAL (INÍCIO, EVOLUÇÃO E DURAÇÃO):

ef. na noite dia

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: _____ PXA 130x80 MMG: PULSO: _____ RESP: _____

HISTÓRIA DE CONSULTA RECENTE E MEDICAÇÃO ATUAL:

MEDIDAS INICIAIS ADOTADAS CONDUTA:

ASSINATURA DO ENFERMEIRO (A) CARIMBO

FT



2A 0810180





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES DIRETORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ANTONIO DA SILVA FREITAS	
	DOC IDENTIFIC / ORG EMISSOR / UF 0264940 SSP AC
	CPF 667.182.762-49
	DATA NASCIMENTO 30/09/1976
	FUNÇÃO HERMINIO CONPELINO DE FREITAS MARIA FERREIRA DA SILVA
PERMISSÃO RENOVADA	ACQ RENOVADA
CAT IVB 3.2	
REGISTRO 033362873	VALIDADE 03/05/2021
	EXPIRAÇÃO 10/04/2028
OBSERVAÇÕES Apto para Transporte Remunerado	
<i>Antonio da Silva Freitas</i>	
LOCAL RIO BRANCO - AC	DATA EMISSÃO 10/05/2016
Assinatura do Detentor Antonio da Silva Freitas Flávio Luiz Loureiro Diretor-Geral Brasília / AC	
Assinatura do Emissor 05044899201 AC406851360	
DEPTAN (AC/DF)	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1222821876

PROBADO PLASTIFICAR

1222821876

CONTRIN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364058/19

Vítima: ANTONIO DA SILVA FREITAS

CPF: 607.102.762-49

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/10/2019

Titular do CPF: ANTONIO DA SILVA FREITAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO DA SILVA FREITAS : 607.102.762-49

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 ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019
Nome: ANTONIO DA SILVA FREITAS
CPF: 607.102.762-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

ANTONIO DA SILVA FREITAS

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190591826 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DA SILVA FREITAS **Data do acidente:** 08/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL.
TRAUMA CORTO CONTUSO NO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**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 COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364058/19

Vítima: ANTONIO DA SILVA FREITAS

CPF: 607.102.762-49

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO DA SILVA FREITAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO DA SILVA FREITAS : 607.102.762-49

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 ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019
Nome: ANTONIO DA SILVA FREITAS
CPF: 607.102.762-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

ANTONIO DA SILVA FREITAS

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190591826

Vítima: ANTONIO DA SILVA FREITAS

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO DA SILVA FREITAS

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, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190591826

Vítima: ANTONIO DA SILVA FREITAS

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO DA SILVA FREITAS

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.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 08/10/2019, emitido pelo Dr. LUIZ FELIPE LEITE MARTINE CRM nº 30571 - BA, da Instituição GOVERNO DO ESTADO DO ACRE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190591826 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DA SILVA FREITAS **Data do acidente:** 08/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL.
TRAUMA CORTO CONTUSO NO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**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 COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

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:

607.102.762-49

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO DA SILVA FREITAS

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

5 - Nome completo:

ANTONIO DA SILVA FREITAS

6 - CPF:

607.102.762-49

7 - Profissão:

MOTORISTA

8 - Endereço:

R GERALDO LEITE

9 - Número:

2933

10 - Complemento:

QD 09D CS 22

11 - Bairro:

CIDADE DO POVO

12 - Cidade:

RIO BRANCO

13 - Estado:

AC

14 - CEP:

69.909-192

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(68) 98403-6714

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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 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:

AGÊNCIA: 0534

CONTA: 013 00039715

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda 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)

☐ Divorciado

☐ 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 nascituro(a) nascido(a)?

☐ 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

Impressão digital da vítima ou 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 AC 17/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



6067 2217 7999 9201

VALID

VALID

10/24

ANTONIO DA SILVA FREITAS

0534 013 00039715-1

elo



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DIVISÃO ESPECIALIZADA DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039764/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/10/2019 12:01 Data/Hora Fim: 17/10/2019 12:02

Delegado de Polícia: Odilon Vinhadelli Neto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Divisão Especializada de Investigação Criminal

Data/Hora do Fato: 08/10/2019 10:10

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Cidade Do Povo

Logradouro: RUA PRINCIPAL DA CIDADE DO POVO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO DA SILVA FREITAS (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: AC - Tarauacá	Sexo: Masculino	Nasc: 30/08/1976
Profissão: Motorista			
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Maria Ferreira da Silva	Nome do Pai: Herminio Campelino de Freitas		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 607.102.762-49

RG - Carteira de Identidade: 0264940

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA GERALDO LEITE

Nº: Q: 19D; C:22

Bairro: CIDADE DO POVO

Telefone: (68) 98403-6714 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 607.102.762-49	Placa: NAG1888
Renavam: 00403215153	Número do Motor: JC41E1C301316
Número do Chassi: 9C2JC4110CR301316	Ano/Modelo Fabricação: 2012/2011
Cor: PRETA	UF Veículo: Acre
Município Veículo: Rio Branco	Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido
Última Atualização Denatran: 13/10/2016	Situação do Veículo: REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido: Antonio da Silva Freitas	Envolvimentos: Proprietário



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DIVISÃO ESPECIALIZADA DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039764/2019-A01

RELATO/HISTÓRICO

-O comunicante informa que trafegava pelo local supracitado quando foi atingido por um veículo táxi de identificação 194 da Rádio Táxi Executiva; que o autor permaneceu no local e prestou assistência, chamou o SAMU; que foi encaminhado para a Upa da Cidade do Povo; que apresentou ficha de regulação do Samu e Boletim de atendimento da Upa da Cidade do Povo. Registra este boletim para procedimentos cabíveis.

ASSINATURAS

Allen Feltosa Ferreira

Agente de Polícia

Matrícula 9138609

Responsável pelo Atendimento

Antonio da Silva Freitas

(Vítima / Comunicante)

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

Odilon Vinhadelli Neto
Delegado de Polícia Civil