

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

**CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS**

CPF da Vítima

**67.567.842-72**

Data do Acidente

**08/06/2019**

**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 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.

**FEIJÓ**, 29 de AGOSTO de 2019  
Local e Data

**X** *Carlos Antônio de Souza Martins*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA-PMAC**  
GOVERNO DO ESTADO DO ACRE

Nº BO: 268/06-2019

FATO 01: Acidente de Transito

Data: 08.06.2019

Hora: 15h30min

LOCAL

Logradouro: Rua José Leonardo Guimarães c/ Rua Geraldo Pereira

Nº:

Bairro: Bela Vista

Complemento:

Referência:

CEP: 69960-000

Município: Feijó

Tipo de Local: Via Pública

ENVOLVIDO "A" CONDUTOR/ MZB 0887

Nome: Klever Lima da Silva

Sexo: M Nasc.: 14.09.1998 Idade: 21

Endereço: Rua Altino Rodrigues da Costa

Bairro: Bela Vista

Tel.: 999536757

Lesões: conforme exame de corpo de delito

ENVOLVIDO "B" CONDUTOR/ NPB 1328

Nome: Carlos Antonio de Souza Martins

Sexo: M Nasc: 03.02.1979 Idade: 40

Endereço: Rua Joel Ferreira de Souza

Bairro: Bela Vista Tel: 999723126

Lesões: conforme exame de corpo de delito.

ENVOLVIDO "C" TESTEMUNHA

Nome: Maria Cilene Souza Martins

Sexo: F Nasc.: Idade: 38

Endereço: TV. José Plácido Barbosa

Bairro: Bela Vista

Tel.:

Objetos Pessoais

**HISTÓRICO:** Informo-vos que fomos acionados via 190 para atendermos uma ocorrência de acidente de trânsito envolvendo duas motocicletas no endereço acima citado; Que ao chegarmos ao local encontramos os condutores Klever Lima da Silva e Carlos Antonio de Souza Martins caídos ao chão, onde ambos apresentavam várias escoriações e Carlos Antonio estava com uma fratura na perna esquerda; Que em seguida os dois condutores foram encaminhados ao HGF pela equipe do SAMU, que depois de receber atendimento médico foi pedido os documentos de porte obrigatório dos condutores, onde Klever Lima assumiu não ter habilitação e que havia pego a motocicleta emprestada de sua sogra, e ainda relatou que vinha pela Rua José Leonardo Guimarães na direção bairro-centro quando o outro envolvido apareceu na sua frente, vindo a colidir; Que o condutor Carlos Antonio também assumiu não ser habilitado. Devido não ser habilitado conduzimos e entregamos o condutor Klever Lima juntamente com o exame de corpo de delito na Delegacia local, já o condutor Carlos Antonio não foi entregue na delegacia, devido o mesmo ainda está recebendo atendimento médico até o momento da entrega do B.O, e iria viajar para a cidade de Cruzeiro do Sul. Que foi entregue juntamente com o B.O. na Delegacia local, o exame de corpo de delito do condutor Carlos Antonio, a motocicleta Biz de placa MZY 0887 e a motocicleta Bros de placa NPB 1328.

OBS:

Avarias da Biz; carenagem dianteira(saia) quebrada, para-lama quebrado e pneu dianteiro furado.

Avarias da Bros; placa amassada, aba do tanque do lado esquerdo quebrada, pisca lado esquerdo quebrado e motor com a carcaça furada.

EFEITO E VIATURA EMPENHADA

CMT: SGT PM DAMASCENO PTR 01, SD PM CLECIQ, SD PM AIRTON.

RECIPO DE ENTREGA

Unidade de entrega: D.G.P.C.F.

Hora: 18:30

Nome:

Função: APC

Assinatura:



SERTÓRIO DE PESSOAS JURÍDICAS, TABELIONATO DE NOTAS, PROTESTO DE TÍTULOS,  
SÍCLOS DE REGISTRO CIVIL, IMÓVEIS E TÍTULOS E DOCUMENTOS DE FEIJÓ-ACRE  
SILVANO DECARLI - TABELIÃO/OFICIAL

AUTENTICAÇÃO nº 024884

Autentico para os devidos efeitos esta fotocópia, que  
0001-B4 é reprodução fiel do documento apresentado. Dou fé.  
Feijo, 18 de junho de 2019. Selo: N000000900 - AUTENTICAÇÃO  
Validade: 90744 - Consulte o seu em: [tjac.jus.br](http://tjac.jus.br)

SILVANO DECARLI - Tabelião

Total: R\$ 3,40

Silvano Decarli - Tabelião Oficial

Meire Glicélia da Silva Moreira - Procuradora

Letícia da Silva Moreira - Substituta

Anderson Krasla Gomes Pinto - Delegado - Exame

Anderson Krasla Gomes Pinto - Delegado - Exame

Av. Prácido de Castro, 551 - Centro - Feijo/AC - CEP 69960-000 - [sdecarsi@ajef.ac.gov.br](mailto:sdecarsi@ajef.ac.gov.br)

Fone: 0800 647 7196 ou 0800-721-5848 (Ouvidoria)  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e  
tarifada na origem para telefones celulares

Pode entrar em contato com a empresa,  
informe este número

Código Único  
**0389042-2**

| Cod. Fat.<br>1.1.1.1 | Classe<br>Residencial | Ligação<br>Monofásica | Poste      | Medidor<br>7221837 | Constante<br>1      | NPL<br>5         | Emissão<br>20/12/2019 |             |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|------------|--------------------|---------------------|------------------|-----------------------|-------------|
| Mês / Ano            | Nº<br>FD              | Nota<br>Fiscal        | Vencimento | Valor Original     | Multa por<br>Atraso | Juros<br>de Mora | Corr. Monet.<br>IGPM  | Valor Total |
| 12/2019              | 00                    | 6.548.673             | 19/12/2019 | 32,37              | 0,64                | 0,01             | 0,00                  | 33,02       |
| 11/2019              | 00                    | 6.257.065             | 19/11/2019 | 29,27              | 0,58                | 0,30             | 0,19                  | 30,34       |
| 10/2019              | 00                    | 5.967.443             | 18/10/2019 | 26,95              | 0,52                | 0,55             | 0,17                  | 28,19       |

Juros de Mora para pagamento em 20/12/2019

A partir de 13/12 cfe reh2649/19 Aneel reaj.tarif. medio - 4,24%

Vencimento  
**20/12/2019**

Valor a Pagar  
**R\$ 91,55**

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Franíco fariaS -campos,

RG nº 0268 569, data de expedição 04/11/1993

Órgão SSP / AC, portador do CPF nº 483.907.802-59,

com domicílio na cidade de Feijo AC, no Estado de  
ACRE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua 6 de agosto, nº \_\_\_\_\_,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

, cujo o condutor era  
CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS.

Veículo: \_\_\_\_\_ Modelo: HONDA/NXR 150 Bros Ano: 2010

Placa: NPB 1328 Chassi: 9C2KD0510AR029796

Data do Acidente: 08/10/2019

Local e Data: FEIJÓ / AC

x Franíco fariaS campos

Assinatura do Declarante

- carlos antonio de souza martins

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

Paciente Carlos Antônio da Souza Martins

Larivo:

O Sr. apresentado para lair no  
em Laboratório onconômico e  
nº: S 82, dia 08/06/2019.  
Relato: Examenlo oncose de  
urgência (exame exorano). Atuali-  
mente seu evoloco. São previ-  
sões de alta

Francislei Freitas  
Ortopedista  
CRMAC 151 ROCAS

Ric B. sonc  
26/10/2019

Carimbo

DATA / /

ASSINATURA



## EXAME DE CORPO DE DELITO (LESÕES CORPÓRAIS)

Ao(s) dia(s) 10/01/2019, nesta cidade de Feijó, Estado do Acre, na sede da Delegacia de Polícia Civil, onde se achava o Sr. Alexnaldo Batista da Silva, Delegado de Polícia respectiva c (a), comigo, Escrivã ad hoc, ao final assinado (a), presentes os peritos ad hoc nomeados e compromissários.

Medico: \_\_\_\_\_  
e  
cidade, lotados no Hospital Geral de Feijó, aos quais a autoridade policial deferiu o compromisso legal, que aceitaram, de bem e fielmente desempenharam a sua missão e os encarregou de procederem a Exame de Corpo de Delito (LESÕES CORPÓRAIS) em \_\_\_\_\_ nascido em \_\_\_\_\_ e de responderem aos seguintes quesitos.

- 1º - Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente?
- 2º - Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?
- 3º - Se produzido por meio de veneno, fogo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel (resposta especificada).
- 4º - Se resultou incapacidade para suas ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias?
- 5º - Se resultou perigo de vida? (resposta especificada).
- 6º - Se resultou debilidade permanente, perda ou inutilização do membro, sentido ou função? (resposta especificada).
- 7º - Se resultou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável ou deformidade permanente? (Resposta especificada).

Em consequência, passaram os peritos a fazer os exames requisitados e as investigações julgadas necessárias, findos os quais declararam que do exame que precederam em, constataram as seguintes ofensas físicas:

\_\_\_\_\_

Portanto, responderam aos quesitos pela maneira seguinte:

- 1º - \_\_\_\_\_ 2º - \_\_\_\_\_
- 3º - \_\_\_\_\_ 4º - \_\_\_\_\_
- 5º - \_\_\_\_\_ 6º - \_\_\_\_\_
- 7º - \_\_\_\_\_

Foi o que em suas consciências e sob o compromisso prestado declararam. Nada mais havendo, mandou a autoridade encerrar este auto, que assina com os peritos e comigo, \_\_\_\_\_ Escrivã ad hoc, que o digitou.

Alexnaldo Batista da Silva  
Delegado de Polícia Civil

Gracilene Freitas de Paiva Souza  
Escrivã ad hoc

1º Perito ad hoc: \_\_\_\_\_  
Data: 10/01/2019  
Assinatura: \_\_\_\_\_

2º Perito ad hoc: \_\_\_\_\_

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

368164

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

29/07/99

NOME CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

PATERNOS JOSE DE SOUZA MARTINS  
MARIA DULCILEIA DE SOUZA

NATURALIDADE

FEIJO-AC

DATA DE NASCIMENTO

03/02/1979

DOC ORIGEM

CERT NASC 2065 LIV A2 FLS 228 CART FEIJO

AC

CFF

617.567.842-72

Gilberto Soares de Assis

5



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - AC  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA - 000. REAVAM - 01 00227055594

Nº 012840457573

EDINALDO GARCIA DOS SANTOS

PLATEA - EXERCÍCIO -  
2016

OFF / CNPJ -  
434.946.922-20

PLACA -  
NPB1328

PLACA ANTO/UF -  
NPB1328 AM

CHASSI -  
9C2KD0510AR029796

ESPECIE TIPO - PAS/MOTOCICLO/NAO M1 ICA

COMBUSTIVEL - ALCO/GASOL

MARCA / MODELO - HONDA/NXR150BR09 M1

ANO FAB. - 2010 | ANO MOD. - 2010

CAP / POT / OIL - 2P/0149CC/

CATEGORIA - ARTICU | COR PREDOMINANTE - PRETA

COTA UNICA -  
PAGO 0%

ENC. COTA UNICA - VEND / COTAS -  
1. 8888888888888888

FADALVA - PARC  
A 0% PAGO COTA UNICA

MENTO / COTAS - 2. 8888888888888888

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) - R\$1.1

3. 8888888888888888

PRÉMIO TOTAL (R\$) - R\$292.01

DATA DE PAGAMENTO - 01/09/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO & BEN. TRIBUTARIO

LOCAL - RIO BRANCO-AC

DATA - 02/09/2016

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

AC Nº 012840457573 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

- EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO  
2016 02/09/2016

VIA - OFF / CNPJ - PLACA -  
01 434.946.922-20 NPB1328

REAVAM - MARCA / MODELO -  
00227055594 HONDA/NXR150BR09 MIX ESD

ANO FAB. - 2010 | CHASSI -  
9C2KD0510AR029796

PRÉMIO TARIFÁRIO

R\$129.04 | R\$14.34 | CUSTO DO SEGURO (R\$)  
R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) - R\$4.15 | R\$1.11 | IOF (R\$)  
R\$292.01

PAGAMENTO -  
X COTA UNICA | PARCELADO | DATA DE OUTAÇAO  
01/09/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.341.000/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

CONTRAN

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - AC

Nº 011091591177

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA - 00227055594 | DATA DE REGISTRO - 01100883792

EDINALDO GARCIA DOS SANTOS  
RUA JOSE MARIA RIOS STA. AUTERIA  
CONDUTA Nro:144  
RIO BRANCO-AC 69918718

OFF / CNPJ - PLACA -  
434.946.922-20 NPB1328

BILHETE PAGAMENTO DE FARTA

PLATEA - PLACA -  
NPB1328 AM | 9C2KD0510AR029796

PAS/MOTOCICLO/NAO EPLICA | COMBUSTIVEL -  
ALCO/GASOL

HONDA/NXR150BR09 M1 | ANO FAB. - 2010 | ANO MOD. - 2010

CAP / POT / OIL - 2P/0149CC/ | COR PREDOMINANTE -  
PRETA

BEM RESERVA DE DOMÍNIO & BEN. TRIBUTARIO

ESTAMPA - Selo de Santos  
CFF 246.293.072-20 DATA  
01/09/2016

RIO BRANCO-AC | DATA  
18/02/2016





## EXAME DE CORPO DE DELITO (LESÕES CORPORAIS)

Ao(s) dia(s) 11 /2019, nesta cidade de Feijó, Estado do Acre, na sede da Delegacia de Polícia Civil, onde se achava o Sr. Alexaldo Batista da Silva, Delegado de Polícia respectiva c (a), comigo, Escrivã ad hoc, ao final assinado (a), presentes os peritos ad hoc nomeados e compromissários, Medico: João Pedro Lira, e \_\_\_\_\_,

cidade, lotados no Hospital Geral de Feijó, aos quais a autoridade policial deferiu o compromisso legal, que aceitaram, de bem e fielmente desempenharem a sua missão e os encarregou de procederem a Exame de Corpo de Delito (LESÕES CORPORAIS) em João Pedro Lira, nascido em 11/03/1980, residente neste

- 1º - Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente?
- 2º - Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?
- 3º - Se produzido por meio de veneno, fogo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel (resposta especificada).
- 4º - Se resultou incapacidade para suas ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias?
- 5º - Se resultou perigo de vida? (resposta especificada).
- 6º - Se resultou debilidade permanente, perda ou inutilização do membro, sentido ou função? (resposta especificada).
- 7º - Se resultou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável ou deformidade permanente? (Resposta especificada).

Em consequência, passaram os peritos a fazer os exames requisitados e as investigações julgadas necessárias, findos os quais declararam que do exame que procederam em, constataram as seguintes ofensas físicas:

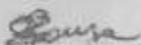
nao houve lesao corporal

Portanto, responderam aos quesitos pela maneira seguinte:

- 1º - sim 2º - sim
- 3º - sim 4º - sim
- 5º - sim 6º - sim
- 7º - deu de 1000000

Foi o que em suas consciências e sob o compromisso prestado declararam. Nada mais havendo, mandou a autoridade encerrar este auto, que assina com os peritos e comigo, \_\_\_\_\_ Escrivã ad hoc, que o digitei.

  
Alexaldo Batista da Silva  
Delegado de Polícia Civil

  
Gracilene Frelles de Paiva Souza  
Escrivã ad hoc

1º Perito ad hoc: João Pedro Lira

2º Perito ad hoc:

Solicite seu número de cliente:

 SIM: DESENHO DE VERSO/LETRA MÉDIA E SEM INSCRIÇÕES  NÃO/DEZ: FONGRAMENTOS  NOMEE-mail: [carlosantonio.silva@lider.com.br](mailto:carlosantonio.silva@lider.com.br)E-mail: [carlosantonio.silva@lider.com.br](mailto:carlosantonio.silva@lider.com.br)

E-mail: completo@lider.com.br

INSCRIÇÃO DE RECLAMAÇÃO: EXISTE ALGUM PROBLEMA NA PLACA/VEÍCULO? ANTES DE PEGAR O SEU CARRO, PRECISA FAZER ALGUMA DECLARAÇÃO (SIM) - INSCRIÇÃO DE DADOS DO VEÍCULO

1. Teste número:

CARLOS ANTONIO DE SOUZA SANTOS

71756789-32

2. Endereço:

Av. Presidente

Joaquim

Bento

POLA VISTA

3. Cidade:

FELICÍSSIMA

3. Telefone:

TELEFONE

TELEFONE

TELEFONE

TELEFONE

TELEFONE

TELEFONE

TELEFONE

SOLICITE AS INSCRIÇÕES DAS PLACAS DA SUA PLACA, TUTOR E CURVADO PARA O SEU REPRESENTANTE MÉDIA ENTRE 10 E 15 MINUTOS. SEU NOME NÃO PODE SER LIDO

4. Nome completo do Representante legal:

5. CPF do Representante legal:

6. Matrícula do Representante legal:

Notifique para todos os filhos do dono, mesmo no endereço ativo informado, conforme comprovante abaixo (EXEMPLO: CÓPIA).

6. Número intitulado ao título de dono:

- NÚMERO INFORMADO  
 SEM NÚMERO

- NÚMERO A FOLHA 00000000  
 NÚMERO DE ATÉ NÚMERO 00000000

- NÚMERO DE 000.000.000-00  
 NÚMERO DE 000.000.000-00

7. DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA PESOFAZENDA REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA PESOFAZENDA PESSOAL, JURADORA/PROFISSIONAL

8. CONTA PESOFAZENDA (informe para o beneficiário que não é titular da conta):

- Residencial (0001)  Rural (0002)  
 Rural de Residencial (0003)  Conta Extravale Rural (0004)

NOTA: **3101 065** CONTA: **44932-0**

Número e digite os zeros

Número e digite os zeros

Autorização à Seguradora: Utilize o código da conta bancária informada, da mesma forma escrita, a seguir da inscrição de identificação do Seguro DPVAT para inserção permanentemente, caso seja seu beneficiário único desse seguro.

## 9. DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE LAUDO DO DIA - PRESENCEMENTE SORTEADA PARA COMPROVAÇÃO DE VIDA/DEZENAS PERMANENTE

Declara, sob os penas da lei, que sou o beneficiário/titular de apresentar o laudo do médico tratador legal (MTC) sobre a vida de apresentamento de inscrição do Seguro DPVAT por inscrição permanente, caso seja seu beneficiário único desse seguro.

- Fui eu (M), que atende a regras de acidente ou de minha residência, ou  
 O (M), que atende a regras de acidente ou de minha residência não realiza partos para fins de Seguro DPVAT, ou  
 O (M), que atende a regras de acidente ou da minha residência realiza partos com prazo superior a 30 (trinta) dias da parto.

Para melhor entendimento, considera-se inscrição permanente da entidade de saúde credenciada da Seguro DPVAT, por inscrição permanente, com base na documentação fornecida, corretamente, desde já, com sua autorização à prestação médica da entidade que fornece verificação da existência e acreditabilidade das inscrições permanentes. Declaração de ausência de falecimento, conforme art. 8, § 3º, II, art. 3º, § 1º, declarando que esta ausência não significa preste consentimento com a futura realização médica no respeito ao direito de não consentir, de que discorda de seu consentimento.

## DECLARAÇÃO DE DIREITOS BENEFICIÁRIOS - PRESENCEMENTE SORTEADA PARA COMPROVAÇÃO DE MORTO

10. Cidade:  
vivi da ultima

Sobrenome

Nome

Completo

Data

11. Data da

morte da vítima

12. Cidade de Parentesco com a vítima:

Sim

Não

13. Vítima faleceu: competente

Sim

Não

14. Se a vítima faleceu: competente, informe o nome completo

15. Vítima

Nome

Sobrenome

Completo

Data

Morte

Salvo constar de que a Seguradora não pagará, caso divida, a indemnização do Seguro DPVAT por morte àquele beneficiário que se considerar o processo não constitui impedimento, afirma, de que qualquer eventual ou futura reclamação não resultaria posteriormente a mitigação de recursos de valor recebidos, salvo da imprevidibilidade prevista por enunciado no artigo 20º do Código Civil.

16. Representante  
de beneficiário  
mortal ou  
devidamente  
consentido

25. Nome legal de quem assiste a regras profissão

26. CPF legal de quem assiste a regras profissão

27. (\*) Assinatura de quem assiste a regras profissão

40. Local e Data

FELICÍSSIMA 27/02/2019

K. Carlos Antônio de Souza

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

42. Assinatura do Representante Legal (ou beneficiário)

43. Assinatura do Procurador (ou beneficiário)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427070/19

**Vítima:** CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

**CPF:** 617.567.842-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/06/2019

**Titular do CPF:** CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

## 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.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427070/19

Número do Sinistro: 3190669942

Vítima: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

CPF: 617.567.842-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/06/2019

Titular do CPF: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS : 617.567.842-72

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.

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190669942**

**Vítima: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS**

**Data do Acidente: 08/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), CARLOS ANTONIO DE SOUZA 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190669942**

**Vítima: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS**

**Data do Acidente: 08/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS**

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

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Autorização de pagamento</b>  | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue. |
| <b>Comprovante de residência</b> | Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.  |

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190669942**

**Vítima: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS**

**Data do Acidente: 08/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS**

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

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>Documentação médica-hospitalar</b> | Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis. |
|---------------------------------------|---|

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190669942**

**Vítima: CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS**

**Data do Acidente: 08/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS**

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

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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 do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

 Número do Sinistro ou ASL

 CPF da Vítima

 Nome completo da vítima

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

|   |                        |   |                                |
|---|------------------------|---|--------------------------------|
| Nome completo<br><b>CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS</b> |                        | CPF titular da conta<br><b>617.567.842-72</b> | Profissão<br><b>AGRICULTOR</b> |
| Endereço<br><b>RURAL DO MANGUEIRAL</b>                  |                        | Número<br><b>2555</b>                         | Complemento                    |
| Bairro<br><b>ZONA RURAL</b>                             | Cidade<br><b>Feijo</b> | Estado<br><b>ACRE</b>                         | CEP<br><b>69.960.000</b>       |
| Email<br><b>ROBERTO.SA13@GLOBO.COM</b>                  |                        | Telefone (DDD)<br><b>6899985-8085</b>         |                                |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR               | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00               | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

N.R.

CONTA

N.R.

D/V

**3707**

**11932**

**0**

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

N.R.

AGÊNCIA

N.R.

CONTA

N.R.

D/V

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**Feijo**, 24 de Fevereiro de 2020

Local e Data

**carlos Antonio de Souza martins**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Bairro: Bela Vista

Complemento:

Referência:

CEP: 69960-000

Município: Feijó

Tipo de Local: Via Pública

**ENVOLVIDO "A" CONDUTORES**

|   |                    |                   |                 |
|---|--------------------|-------------------|-----------------|
| Nome: Klever Lima da Silva                | Sexo: M            | Nasc.: 14.09.1998 | Idade: 21       |
| Endereço: Rua Altino Rodrigues da Costa   | Bairro: Bela Vista |                   | Tel.: 999536757 |
| Lesões: conforme exame de corpo de delito |                    |                   |                 |

**ENVOLVIDO "B" CONDUTORES**

|  |                    |                  |                |
|--|--------------------|------------------|----------------|
| Nome: Carlos Antonio de Souza Martins      | Sexo: M            | Nasc: 03.02.1979 | Idade: 40      |
| Endereço: Rua Joel Ferreira de Souza       | Bairro: Bela Vista |                  | Tel: 999723126 |
| Lesões: conforme exame de corpo de delito. |                    |                  |                |

**ENVOLVIDO "C" TESTEMUNHA**

|                                    |                    |        |           |
|------------------------------------|--------------------|--------|-----------|
| Nome: Maria Cilene Souza Martins   | Sexo: F            | Nasc.: | Idade: 38 |
| Endereço: TV. José Plácido Barbosa | Bairro: Bela Vista |        | Tel.:     |

**Objetos Pessoais**

**HISTÓRICO:** Informo-vos que fomos acionados via 190 para atendermos uma ocorrência de acidente de trânsito envolvendo duas motocicletas no endereço acima citado; Que ao chegarmos ao local encontramos os condutores Klever Lima da Silva e Carlos Antonio de Souza Martins caídos ao chão, onde ambos apresentavam várias escoriações e Carlos Antonio ~~estava~~ com uma fratura na perna esquerda; Que em seguida os dois condutores foram encaminhados ao HGF pela equipe do SAMU, que depois de receber atendimento médico foi pedido os documentos de porte obrigatório dos condutores, onde Klever Lima assumiu não ter habilitação e que havia pego a motocicleta empréstada de sua sogra, e ainda relatou que vinha pela Rua José Leonardo Guimarães na direção bairro-centro quando o outro envolvido apareceu na sua frente, vindo a colidir; Que o condutor Carlos Antonio também assumiu não ser habilitado. Devido não ser habilitado conduzimos e entregamos o condutor Klever Lima juntamente com o exame de corpo de delito na Delegacia local, já o condutor Carlos Antonio não foi entregue na delegacia, devido o mesmo ainda está recebendo atendimento médico até o momento da entrega do B.O, e iria viajar para a cidade de Cruzeiro do Sul. Que foi entregue juntamente com o B.O. na Delegacia local, o exame de corpo de delito do condutor Carlos Antonio, a motocicleta Biz de placa MZY 0887 e a motocicleta Bros de placa NPB 1328.

**OBS:**

Avarias da Biz; carenagem dianteira(sala) quebrada, para-lama quebrado e pneu dianteiro furado.

Avarias da Bros; placa amassada, aba do tanque do lado esquerdo quebrada, pisca lado esquerdo quebrado e motor com a carcaça furada.

**EFETIVO E VIATURA EMPREGADA**

CMT: SGT PM DAMASCENO PTR, SD PM CLECIQ, SD PM AIRTON.

**RECEBO DE ENTREGA**

Hora: 18:30

