

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 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.

FEITO em 29 de Agosto de 2019  
Local e Data

X Carlos Antonio de Souza Martins

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA-PMAC**  
**GOVERNÓ 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/ MZY 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 transito 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 medico 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 EMPREENHADA**

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

**RECIBO DE ENTREGA**

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

Hora: 18:30

Nome:

Função: APC

Assinatura



AUTENTICAÇÃO nº 024884

Autentico para os devidos efeitos esta fotocópia, que é reprodução fiel do documento apresentado. Dou fé.

Feijó, 18 de junho de 2019. Selo: N000009000 - AUTENTICAÇÃO

Validação: 9F74A - Consulte o selo em: selo.tjac.jus.br

SILVANO DECARLI - Tabelião

Total: R\$ 3,40

☐ Silvano Decarli - Tabelião Oficial☐ Maria Glória de Souza Martins - Escrivã☐ Carlos Antonio de Souza Martins - Escrivão☐ Jander Nolas Gomes Pinheiro de Oliveira - Escrivão

Av. Plácido de Castro, 551 - Centro - Feijó/AC - CEP 69960-000 - silvano@tj-ac.gov.br

Cod. Fat. 1.1.1.1	Classe Residencial	Ligação Monofasica	Poste	Medidor 7221837	Constante 1	NPL 5	Emissão 20/12/2019	
Mês / Ano	Nº FD	Nota Fiscal	Vencimento	Valor Original	Multa por Atraso	Juros de Mora	Corr. Monet. 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  
20/12/2019Valor a Pagar  
R\$ 91,55

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, Francisco Farias Campos

RG nº 0268569, data de expedição 04/11/1993

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

com domicílio na cidade de Feijó 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: 08/06/2019

Local e Data: FEIJÓ/AC

x Francisco 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 ANTONIO DE SOUZA MARTINS

Laudo:

O Sr. especificado encontra-se  
em tratamento oncológico. 4  
cm: S 82, data: 08/06/2019.  
Adoleta de tratamento cirúrgico de  
urgência (Painel externo). Aécuf.  
mente boa evolução. Sem previ-  
são de alta

Francisco Freitas  
Ortopedista  
CRM/AC 751 RQE/2019

Pelo Dr. Bruno  
26/10/2019

DATA   1  /  1  /  

Carimbo

ASSINATURA





## EXAME DE CORPO DE DELITO (LESÕES CORPORAIS)

Ao(s) dia(s) 08 / 10 / 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 e (a), comigo, Escrivã *ad hoc*, ao final assinado (a), presentes os peritos *ad hoc* nomeados e compromissados.

Medico: Dr. João Paulo da Silva, residentes nesta 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 Dr. João Paulo da Silva nascido em 05/05/1975 e de responderem aos seguintes quesitos.

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

Lesão física por arma de fogo -  
uma lesão por arma de fogo -  
uma lesão por arma de fogo -

Portanto, responderam aos quesitos pela maneira seguinte:

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1.º - <u>Sim</u>                   | 2.º - <u>Portador</u>              |
| 3.º - <u>Não</u>                   | 4.º - <u>Sim</u>                   |
| 5.º - <u>Não</u>                   | 6.º - <u>Debilidade permanente</u> |
| 7.º - <u>Debilidade permanente</u> |                                    |

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.

Alexnaldo Batista da Silva  
Delegado de Polícia Civil

Graciela Freitas de Paiva Souza  
Escrivã *ad hoc*

1.º Perito *ad hoc*: Dr. João Paulo da Silva

2.º Perito *ad hoc*: \_\_\_\_\_

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

368164

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

29/07/99

NOME CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

SILVIAÇÃO

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

*Gilvaneide Soares de Assis*

P 5

DIRETOR DE IDENTIFICACAO

DO DOADOR DE ORGÃOS E TISSIDOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO



*Carlos Antônio de Souza Martins*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012840457573

VA 01 00227055594 RNTLC 2016

NOME  
EDINALDO GARCIA DOS SANTOS

AC

OFF / CNPJ 434.946.922-20 PLACA NPB1328

PLACA ANT / UF NPB1328 AM CHASSI 9C2KD0510AR029796

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLICADA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150BROS MI ESD 2011 2011

CAP. POT. / CL 2P/0149CC/ CATEGORIA ARTICULO COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA \*PAGO\* ENC. COTA ÚNICA \*\*\*\*\* VENC. / COTAS 1\*\*\*\*\*

FAIXA TRVA. PARC. IMENTO / COTAS 2\*\*\*\*\* 3\*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$1.11 PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$292.01 DATA DE PAGAMENTO 01/09/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO \* BEN. TRIBUTÁRIO

LOCAL RIO BRANCO-AC DATA 02/09/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OS 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  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 02/09/2016

VA 01 434.946.922-20 PLACA NPB1328

RENAVAM 00227055594 MARCA / MODELO HONDA/NXR150BROS MIX ESD

ANO FAB. 2010 COT. TARIF. 9 NR CHASSI 9C2KD0510AR029796

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) R\$129.04 DETRAN (R\$) R\$14.34 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 ICF (R\$) R\$1.11 VALOR DO SEGURO (R\$) R\$292.01

FORMA DE PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 01/09/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.346.008/0001-04  
www.seguradolider.com.br

CONTRAN

DETRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 01091591177

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VA 01 00227055594 0100883792

EDINALDO GARCIA DOS SANTOS  
RUA JOSE MARIA RIOS STA QUITERIA  
CONQUISTA, N° 144  
RIO BRANCO-AC 69918718

OFF / CNPJ 434.946.922-20 PLACA NPB1328

PLACA ANT / UF NPB1328 AM CHASSI 9C2KD0510AR029796

MARCA / MODELO HONDA/NXR150BROS MIX ESD 2010 2010

CAP. POT. / CL 2P/0149CC/ CATEGORIA ARTICULO COR PREDOMINANTE PRETA

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$1.11 PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$292.01 DATA DE PAGAMENTO 01/09/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO \* BEN. TRIBUTÁRIO

LOCAL RIO BRANCO-AC DATA 02/09/2016

CNPJ 08.346.008/0001-04  
www.seguradolider.com.br



**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV**

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ 6.000,00  
NOME DO COMPRADOR: Francisco Farias Campos

PLACA: 0268569 OFF-ONP: 483.907.802-57

ENDEREÇO: Rua: 06 de agosto, Bairro: Aut.

CIDADE: Recife

LOCAL E DATA: Recife - AC 12/04/2017

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR): Francisco Farias Campos

ASSINATURA DO COMPRADOR: Francisco Farias Campos

DESCRIÇÃO: Reconhecimento de firma do proprietário (vendedor)

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR) CONFORME ART. 209 C.P.C.

CARTÓRIO DE PESSOAS JURÍDICAS, TABELIONATO DE NOTAS, PROTESTO DE TÍTULOS, OFÍCIOS DE REGISTRO CIVIL, IMÓVEIS E TÍTULOS E DOCUMENTOS DE FEIJO-ACRE, SÍLVANO DE CARLI - TABELIÃO/OFICIAL

Cód. 033178. Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de: (1) EDINALDO GARCIA DOS SANTOS, (2) FRANCISCO FARIAS CAMPOS

Feijó, 12 de abril de 2017, 11:10:07. Selo: AEB67717-01, AEB67718-00. RECONHECIMENTO DE FIRMA

Cód. Validação: AEB67717-01, AEB67718-00. 370A-CS16-ECF9-F1CA.9306-6471-0316-ABRD. Consulte o selo em: [www.selos.com.br](http://www.selos.com.br)

Assinatura eletrônica: Total: R\$ 8,48. Em testemunho de: Francisco Farias Campos

Assinatura eletrônica: Total: R\$ 8,48. Em testemunho de: Francisco Farias Campos

Assinatura eletrônica: Total: R\$ 8,48. Em testemunho de: Francisco Farias Campos

Assinatura eletrônica: Total: R\$ 8,48. Em testemunho de: Francisco Farias Campos

Assinatura eletrônica: Total: R\$ 8,48. Em testemunho de: Francisco Farias Campos

Assinatura eletrônica: Total: R\$ 8,48. Em testemunho de: Francisco Farias Campos

Assinatura eletrônica: Total: R\$ 8,48. Em testemunho de: Francisco Farias Campos

Assinatura eletrônica: Total: R\$ 8,48. Em testemunho de: Francisco Farias Campos

Assinatura eletrônica: Total: R\$ 8,48. Em testemunho de: Francisco Farias Campos

Assinatura eletrônica: Total: R\$ 8,48. Em testemunho de: Francisco Farias Campos

Assinatura eletrônica: Total: R\$ 8,48. Em testemunho de: Francisco Farias Campos

Assinatura eletrônica: Total: R\$ 8,48. Em testemunho de: Francisco Farias Campos



## EXAME DE CORPO DE DELITO (LESÕES CORPORAIS)

Ao(s) dia(s) 18 / 06 / 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 compromissados, Médico: Antonio Carlos da Silva

e residentes nesta 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 Feijó, Acre e de responderem aos seguintes quesitos.

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

Lesão por trauma  
Lesão por trauma  
Lesão por trauma

Portanto, responderam aos quesitos pela maneira seguinte:

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1.º - <u>Sim</u>                   | 2.º - <u>Contuse</u>               |
| 3.º - <u>Não</u>                   | 4.º - <u>Sim</u>                   |
| 5.º - <u>Não</u>                   | 6.º - <u>Debilidade temporária</u> |
| 7.º - <u>Debilidade temporária</u> |                                    |

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.

Alexnaldo Batista da Silva  
Delegado de Polícia Civil

Gracilene Freitas de Paiva Souza  
Escrivã ad hoc

1.º Perito ad hoc: Dr. Antonio Carlos da Silva

2.º Perito ad hoc: Dr. Antonio Carlos da Silva

Selecione o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

VALIDADE PERMANENTE

☐

VALIDADE TEMPORÁRIA

☐

VALIDADE TEMPORÁRIA

1 - Nº do documento de identidade

2 - CPF do segurado

3 - Nome completo do segurado

INFORME OS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO: NOME COMPLETO, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, ESTADO CIVIL, ENDEREÇO COMPLETO (Cidade, Estado, CEP, País)

1 - Nome completo

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

2 - Nº do documento de identidade

717.567.88-72

3 - Profissão

AGRICULTOR

4 - Nome completo do representante legal

JOÃO JOEL FERREIRA DE SOUZA

5 - Nome

JOÃO

6 - CPF

69960000

7 - Cidade

8 - Estado

9 - País

10 - Cidade

11 - Estado

12 - País

INFORME OS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL: NOME COMPLETO, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, ESTADO CIVIL, ENDEREÇO COMPLETO (Cidade, Estado, CEP, País)

13 - Nome completo do representante legal

14 - Profissão do representante legal

Declaro, para todos os fins de direito, que o(a) segurado(a) acima informado(a), conforme comprovante anexo (JUNTA COMPROVANTE),

15 - Nome completo do titular da conta

16 - Tipo de conta

17 - Nome do banco

18 - Nome do titular da conta

19 - Nome do titular da conta

20 - Nome do titular da conta

21 - Nome do titular da conta

22 - Tipo de conta

23 - Nome do titular da conta

24 - Nome do titular da conta

25 - Nome do titular da conta

26 - Nome do titular da conta

27 - Nome do titular da conta

28 - Nome do titular da conta

29 - Nome do titular da conta

30 - Nome do titular da conta

31 - Nome do titular da conta

32 - Nome do titular da conta

33 - Nome do titular da conta

34 - Nome do titular da conta

35 - Nome do titular da conta

36 - Nome do titular da conta

37 - Nome do titular da conta

Declaro e afirmo que o(a) segurado(a) acima informado(a), de minha inteira vontade, e sem qualquer coação ou influência, solicita a contratação do Seguro DPVAT e que eu, como representante legal, concordo e consente com a contratação do seguro DPVAT e com os termos, condições e prazos, desde que o(a) segurado(a) esteja em condições de pagar o prêmio.

28 - DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE LAUDO DE INACAPACITAMENTO PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que sou responsável por apresentar o laudo de avaliação médica (LAI) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☒ Não há LAI, que atende a regra do acidente ou da minha residência, ou
- ☐ O LAI, que atende a regra do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou
- ☐ O LAI, que atende a regra do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do período.

Para melhor esclarecimento, solicito o encaminhamento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, que eu autorizo a prestação médica de todas as Seguradoras LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 2º, §1º, declarando que esta autorização não significa acordo com a Natureza da lesão médica ou renúncia ao direito de contestar o caso decorrente do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

29 - Estado civil do segurado

30 - Nome do segurado

31 - Nome do segurado

32 - Nome do segurado

33 - Nome do segurado

34 - Nome do segurado

35 - Nome do segurado

36 - Nome do segurado

37 - Nome do segurado

38 - Nome do segurado

39 - Nome do segurado

40 - Data de Nascimento com o segurado

41 - Último nome, completo

42 - Se o segurado possui outro nome, informar

43 - Se o segurado possui outro nome, informar

44 - Se o segurado possui outro nome, informar

45 - Último nome, completo

46 - Último nome, completo

47 - Último nome, completo

48 - Último nome, completo

49 - Último nome, completo

50 - Último nome, completo

51 - Último nome, completo

52 - Último nome, completo

53 - Último nome, completo

54 - Último nome, completo

55 - Último nome, completo

56 - Último nome, completo

Declaro que eu, o(a) segurado(a) acima informado(a), concordo e consente com a contratação do Seguro DPVAT por morte, desde que o(a) segurado(a) esteja em condições de pagar o prêmio, e que eu, como representante legal, concordo e consente com a contratação do seguro DPVAT e com os termos, condições e prazos, desde que o(a) segurado(a) esteja em condições de pagar o prêmio.

40 - Local e Data

41 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

42 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

43 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

44 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

45 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

46 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

47 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

48 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

49 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

50 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

51 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

52 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

53 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

54 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

55 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

56 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

57 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

58 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

59 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

60 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

61 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

62 - Nome legal de quem assina a seguinte petição

38 - 39 | Nome: RAYANE LOPES DA SILVA

40 - 41 | Nome: RAYANE LOPES DA SILVA

42 - 43 | Nome: RAYANE LOPES DA SILVA

44 - 45 | Nome: RAYANE LOPES DA SILVA

46 - 47 | Nome: RAYANE LOPES DA SILVA

48 - 49 | Nome: RAYANE LOPES DA SILVA

50 - 51 | Nome: RAYANE LOPES DA SILVA

52 - 53 | Nome: RAYANE LOPES DA SILVA

54 - 55 | Nome: RAYANE LOPES DA SILVA

56 - 57 | Nome: RAYANE LOPES DA SILVA

58 - 59 | Nome: RAYANE LOPES DA SILVA

40 - Local e Data: FEIJÓ/AC 29/08/19

41 - Assinatura de quem assina a seguinte petição

42 - Assinatura de quem assina a seguinte petição

43 - Assinatura de quem assina a seguinte petição

Assinatura de testemunha

Assinatura de testemunha

Assinatura de Representante Legal (se houver)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427070/19

**Vítima:** CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS

**CPF:** 617.567.842-72

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

## 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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

### 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.



---

**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

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

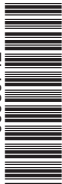
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<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



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

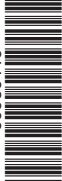
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médico-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



---

**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 e 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 <b>CARLOS ANTONIO DE SOUZA MARTINS</b>		CPF titular da conta <b>617.567.842-72</b>	Profissão <b>AGRICULTOR</b>
Endereço <b>RIMAL DO MANGUEIRAL</b>		Número <b>2555</b>	Complemento
Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Cidade <b>FEITO</b>	Estado <b>ACRE</b>	CEP <b>69.960.000</b>
Email <b>ROBERTO.SA13@GLOBO.COM</b>			Telefone (DDD) <b>68.9985.8085</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**

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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 NRQ. <b>3707</b> (Informar dígito se existir)	D/V <b></b>	CONTA NRQ. <b>11932</b> (Informar dígito se existir)	D/V <b>0</b>
----------------------------------------------------------------	----------------	---------------------------------------------------------------	-----------------

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome <b></b>	NRQ. <b></b>
AGÊNCIA NRQ. <b></b> (Informar dígito se existir)	D/V <b></b>
CONTA NRQ. <b></b> (Informar dígito se existir)	D/V <b></b>

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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Feito, 24 de FEVEREIRO de 2020  
Local e Data

Carlos Antonio de Souza Martins

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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/ MZY 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			
<p>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 medico 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.</p>			
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 ENFECHADOS			
CMT: SGT PM DAMASCENO PTR, SD PM CLECIO, SD PM AIRTON.			
RECIBO DE ENTREGA			
		Hora: 18:30	



# BOLETIM DE OCORRÊNCIA-PMAC

## GOVERNO DO ESTADO DO ACRE

Nº BO: 268/06-2019

TATO 01: Acidente de Trânsito

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

ENROLADO "A" CONDIÇÃO Nº 0887

Nome: Klever Lima da Silva

Sexo: M

Nasc.: 14.08.1998

Idade: 21

Endereço: Rua Altino Rodrigues da Costa

Bairro: Bela Vista

Tel.: 999536757

Lesões: conforme exame de corpo de delito

ENROLADO "B" CONDIÇÃO Nº 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.

ENROLADO "C" CONDIÇÃO Nº 1328

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 apresentava uma fratura na perna esquerda; Que em seguida os dois condutores foram encaminhados ao HQT 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 Blz de placa MZY 0887 e a motocicleta Bros de placa NPB 1328.

**OBS:**

Avarias da Blz: 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.

**EFEITO E VIATURA ENCAMINHADA**

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

**RECORDE DE ENTREGA**

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

Hora: 18:30

Nome:

Função: APC

Assinatura



AUTENTICAÇÃO Nº 824854

Atesta para os devidos efeitos esta fotocópia, que

é uma reprodução fiel do documento apresentado. Data:

18 de junho de 2019. São Raimundo - AUTENTICAÇÃO

Assinatura: [Assinatura] - [Assinatura]

SILVANO DE CARLI - Tabelião

Tel.: 36.846

Endereço: [Endereço]

Endereço: [Endereço]

Endereço: [Endereço]