

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200147231 **Vítima: SILVANA MAIA BARROS**

Data do Acidente: 27/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILVANA MAIA BARROS

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. 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, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200147231

Vítima: SILVANA MAIA BARROS

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SILVANA MAIA BARROS

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

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. 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, 19 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200147231

Vítima: SILVANA MAIA BARROS

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SILVANA MAIA BARROS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

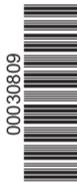
Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 27/10/2019, emitida pelo Dr. RENERYS PINHEIRO, CRM nº 227 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
951.586.772-04 Silvano Maia Barros

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

5 - Nome completo: Silvano Maia Barros
 7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Av. São Paulo
 11 - Bairro: dos estados 12 - Cidade: Boa Vista
 15 - E-mail: ENCIPIRR@HOTMAIL.COM
 6 - CPF: 951.586.772-04
 9 - Número: 10 - Complemento: T87 ap. 01
 14 - CEP: 69.305-480
 16 - Tel.(DDD): (65) 8404-5368

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: 0653 CONTA: 53011 8
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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 pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 14/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

17 ABR. 2020



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BOLETIM N° 2396 /2019
DATA: 27/10/2019
HORA: 21:47 H

DELEGADO: MARCUS ANTONIO DE PAIVA ALBANO JUNIOR		
EQUIPE "CHARLIE"		
Avenida Ataide Teive-Bairro: Nova Canaa	DATA 27/10/19	HORA 18:20H

ENVOLVIDO

NOME: REVENILSON SANTOS DE SOUSA	RG:91810 SSP/RR	CPF:
DATA NASC:	Rua: João Padeiro nº 2040 -Bairro: Buritis	
PAI:	MÃE:	
GRAU ESC:	NATURAL:	NACIO: BRASILEIRA
SEXO: M	IDADE: 46 ANOS	EST. CIVIL: solteira
TEL CEL:	PROF:	

ENVOLVIDO

NOME: JOÃO CARLOS OFILA DE LIMA	RG: 3363325 SSP/RR	CPF: PJ
DATA NASC:	END: RUA Detson Mendes nº 788 -Bairro: Aeroporto	
PAI:	MÃE:	
GRAU ESC:	NATURAL:	NACIO: BRASILEIRA
SEXO: M	IDADE: 26	EST. CIVIL: PJ
TEL CEL: PJ	PROF: PJ	

ENVOLVIDO

NOME: KENNEDY LACERDA DE SOUSA	RG: 3332292 SSP/RR	CPF: PJ
DATA NASC:	END: TRAV. C46 Nº 104 ALVORADA	
PAI:	MÃE:	
GRAU ESC:	NATURAL:	NACIO: BRASILEIRA
SEXO: M	IDADE: 28	EST. CIVIL: PJ
TEL CEL: PJ	PROF: PJ	

DADOS DA INFRAÇÃO

CÓD. INFRAÇÃO	ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO	QUALIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Histórico Baseado no **ROP/PM/RR 811255** do dia **27/10/2019** entregue na Central de Flagrantes.

Senhor (a) Delegado(a) do 5º DP;

Informo-vos que fomos acionados via Ciops para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito no endereço acima relatado. Chegando ao local, foi constatado um acidente com danos materiais e danos físicos aos condutor e passageiro do veículo VW GOL relatado. A PASSAGEIRA TEVE VISÍVEL CORTE NA TESTA dona: SILVANA MAIA BARROS E O CONDUTOR, ESCORIAÇÕES PELO CORPO, ALÉM DA TERCEIRA OCUPANTE DO VEÍCULO DONA: WELLLEN MILENA LITLE DE SOUZA QUE SOFREU CORTE NA CABEÇA e foram removidos até o PSE pelo SAMU. Foi feito o teste do etilômetro ao item 1 e item 2. Porém ao item 3 não foi possível realizar o teste por conta da condição física e por ter sido removido ao hospital e estar sob os cuidados médicos. o item 1 acusou 0.26 e valor considerado 0.24 no teste e o item 2 deu 0.00, portanto, apenas medidas administrativas ao item 1 e retenção da CNH do mesmo conforme a legislação em vigor. Os veículos dos envolvidos foram consultados e não constava restrição de

O(a) denunciante fica desde já ciente que se os fatos acima narrados forem infundados, inventados ou não puderem ser provados, estará sujeito às penas do Crime de Denúncia Caluniosa, previsto no art. 338 do Código Penal, que assim dispõe.

Av. Brasil, s/n.º Distrito Industrial – Boa Vista RR.
(95) 4009-4050

17 ABR. 2020



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES
“Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros”



roubo ou furto, PORÉM , consulta administrativa não foi possível , pois o sistema estava inoperante conforme informação do DETRAN. NA DINAMICA DO ACIDENTE: O item 1 conduzia o veículo v1 na avenida ATAIDE TEIVE , sentido bairro centro e o item 2 conduzia no mesmo sentido, porém a frente do veículo do item 1 e ao tentar fazer a conversão á esquerda para adentrar á rua DÁCIO PINTO DE OLIVEIRA O ITEM 1 COLIDIU NA TRASEIRA DO VEÍCULO DO ITEM 2 QUE COLIDIU NO VEÍCULO DO ITEM 3 QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO OPPOSTO AOS OUTROS VEÍCULOS, CAUSANDO OS DANOS FÍSICOS E MATERIAIS CONFORME RELATADO NESTE RELATÓRIO.

Diante dos fatos apresento o item01 aparentemente em perfeito estado físico. Não foi necessário o uso de algemas, e conduzido a esta DP para as providências cabíveis.

ELY SANDRO BRAGA DA SILVA
Mat. 42000296

ROP/PM/RR 811255
CONUNICANTE

DESPACHO

DESPACHO

O(s) destinatário(s) que desde já ciente que se os fatos acima narrados forem infundados, inventados ou não puderem ser provados, estará sujeito às penas do Crime de Denuncia Caluniosa, previsto no art. 335 do Código Penal, que assim dispõe.

Av. Brasil, s/nº - Distrito Industrial – Boa Vista/ RR.
(95) 4009-4050

17 ABR. 2020

PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 811255

SÉRIE J

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/H	H/Fir
CIPTUR 01	-----	27/09/2019	OESTE	18:20	18:20	18:20	20:50

Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini.	Km/Fim
1001/1003	13006/13999	-	52630	52670

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Av./Rua: Avenida ataide teive

Bairro: Nova Canaã

Ref.: POSTO 4 IRMÃOS

PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO Nome: Revenilson santos de sousa Idade: 46 E. Civil: SOLTEIRO

Endereço: Rua joão padeiro nº 2040 bairro buritis

Edt. R.G 91810 SSP/RR CNH 02056835942 Profissão: Taxista

2 ENVOLVIDO Nome: João Carlos Ofila de lima Idade: 26 E. Civil: União estável

Endereço: RUA detson mendes nº 788 bairro aeroporto

Edt. R.G 3363325 SSP/RR CNH 05489259481 Profissão: MOTORISTA

3 ENVOLVIDO Nome: KENNEDY LACERDA DE SOUSA Idade: 28 E. Civil: CASADO

Endereço: TRAV. C46 Nº 104 ALVORADA

Edt. R.G 3332292 SSP/RR CNH 06350392980 Profissão: SERVIDOR PÚBLICO

4 ***** Nome: ***** Idade: *** E. Civil: ****

Endereço:

Edt. R.G CNH Profissão: *****

VEICULOS ENVOLVIDOS

V1: FIAT SIENA ATRATIV, COR: BRANCA, PLACA: NAQ- 1084.

VW/GOL, COR: VERDE, PLACA: LCR- 6656.

NISSAN VERSA COR: CINZA, PLACA: NBA- 4361 DANOS: CONFORME A PERÍCIA, PERITO: ADONES.

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S):

ASSINATURA

CARGO

LOCAL

*Eduardo**APC**CF 2140*

HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado(a) do 5º DP:

Informo-vos que fomos acionados via Ciops para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito no endereço acima relatado. Chegando ao local, foi constatado um acidente com danos materiais e danos físicos aos condutor e passageiro do veículo VW GOL relatado. A PASSAGEIRA TEVE VISÍVEL CORTE NA TESTA dona: SILVANA MAIA BARROS E O CONDUTOR, ESCORIAÇÕES PELO CORPO, ALÉM DA TERCEIRA OCUPANTE DO VEÍCULO DONA: WELLER MILENA LITLE DE SOUZA QUE SOFREU CORTE NA CABEÇA e foram removidos até o PSE pelo SAMU. Foi feito o teste do etilômetro ao item 1 e item 2. Porém ao item 3 não foi possível realizar o teste por conta da condição física e por ter sido removido ao hospital e estar sob os cuidados médicos. o item 1 acusou 0.26 e valor considerado 0.24 no teste e o item 2 deu 0.00, portanto, apenas medidas administrativas ao item 1 e retenção da CNH do mesmo conforme a legislação em vigor. Os veículos dos envolvidos foram consultados e não constava restrição de roubo ou furto, PORÉM , consulta administrativa não foi possível , pois o sistema estava inoperante conforme informação do DETRAN. NA DINAMICA DO ACIDENTE: O item 1 conduzia o veículo v1 na avenida ATAIDE TEIVE , sentido bairro centro e o item 2 conduzia no mesmo sentido, porém a frente do veículo do item 1 e ao tentar fazer a conversão á esquerda para adentrar á rua DÁCIO PINTO DE OLIVEIRA O ITEM 1 COLIDIU NA TRASEIRA DO VEÍCULO DO ITEM 2 QUE COLIDIU NO VEÍCULO DO ITEM 3 QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO OPPOSTO AOS OUTROS VEÍCULOS. CAUSANDO OS DANOS FÍSICOS E MATERIAIS CONFORME RELATADO NESTE RELATÓRIO.

Dante dos fatos apresento o item01 aparentemente em perfeito estado físico. Não foi necessário o uso de algemas, e conduzido a esta DP para as providências cabíveis.

S.CRUZ

41072-1

Nº

SGT PM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOp

17 ABR. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA, RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015114/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/05/2020 10:13 Data/Hora Fim: 07/05/2020 10:51
Origem: Nº do Documento: 2396/2019 Data: 27/10/2019
Delegado de Polícia: Adalmir Almeida Sena Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 27/10/2019 18:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Nova Canaã

Logradouro: av ataide telve

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SILVANA MAIA BARROS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 20/04/1983 Idade: 37 anos
Naturalidade: PA - Salinópolis Profissão: Funcionário Público
Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Qinnor Maia Barros

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 951.586.772-04

RG - Carteira de Identidade: 557061-1

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua C-46

Nº: 104

Bairro: Alvorada

Telefone: (95) 99118-0509 (Celular)

Nome Civil: KENNEDY LACERDA DE SOUZA (COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 06/10/1990 Idade: 29 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Funcionário Público Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: MARIA DE JESUS LACERDA DE ALENCAR Nome do Pai: JOSINO DE SOUZA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 008.830.832-48

RG - Carteira de Identidade: 3332292

Endereço

Município: Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015114/2020

Logradouro: Rua C-46
Complemento: CASA
Bairro: alvorada
Telefone: (95) 99118-0509 (Celular)

Nº: 104

CEP: 69.305-480

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 008.830.832-48	Placa LCR6656
Renavam 00713692421	Número do Motor AFR162647
Número do Chassi 9BWZZZ373XT047506	Ano/Modelo Fabricação 1999/1999
Cor VERDE	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo VW/GOL 16V
Modelo VW/GOL 16V	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 02/03/2016	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
KENNEDY LACERDA DE SOUZA	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE NA DATA DE HOJE, 07/05/2020, COMPARCEU NESTA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO O COMUNICANTE KENNEDY LACERDA DE SOUSA, SOLICITANDO REGISTRO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA NO SISTEMA PPE, CONFORME DADOS RELATADOS NO BO-2396/2019 WORD DA CENTRAL DE FLAGRANTES. KENNEDY SOLICITOU A INCLUSÃO DOS DADOS DE SEUS DOCUMENTOS PESSOAIS NO REGISTRO. QUE NA DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS A EQUIPE FOI ACIONADA VIA CIOPS PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA. NO LOCAL CONSTATARAM O ACIDENTE COM DANOS MATERIAIS E FÍSICOS NO CONDUTOR E PASSAGEIRA DO VEÍCULO GOL PLACA LCR6656, CONDUZIDO POR KENNEDY LACERDA DE SOUZA; QUE A PASSAGEIRA SILVANA MAIA BARROS TEVE VISÍVEL CORTE NA TESTA E O CONDUTOR TEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE A TERCEIRA OCUPANTE DO VEÍCULO, WELLLEN MILENA LITTLE DE SOUZA SOFREU CORTE NA CABEÇA; QUE FORAM REMOVIDOS AO PSE PELO SAMU; QUE FOI FEITO TESTE ETÍLICO NOS DEMAIS ENVOLVIDOS, PORÉM NO CONDUTOR DO VEÍCULO NÃO FOI POSSÍVEL DEVIDO A SUA CONDIÇÃO FÍSICA POR TER SIDO REMOVIDO AO HOSPITAL; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DO SEGURO DPVAT. DEMAIS INFORMAÇÕES NO BO 2396/2019 CENTRAL DE FLAGRANTES. É O RELATO.

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira
Agente de Polícia
Matrícula 42000370
Responsável pelo Atendimento

KENNEDY LACERDA DE SOUZA
(Envolvido / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) unico(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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



CNPJ: 08.935.467/0001-49
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 28.000.426-3
RUA MELVIN JONES, 213 - SÃO PEDRO - CEP: 09.306-010

ATENDIMENTO
CAE
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula:

121894

Março/2020

Dados do Cliente:

KENNEDY LACERDA DE SOUZA

Endereço para entrega:

AV. SÃO PAULO, 787/1 - BAIRRO DOS ESTAOS
BOA VISTA RR 69305-000

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.008.029.0072.000	7	5109	REGIMENTAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y12S595612	01/08/2014	CORTADO	LIGADO
LEITURA FAT.	1570	CONSUMO (m³)	NÚM DE DIAS
LEITURA INF.	1580	18	31
DT. LEITURA	11/02/2020	13/03/2020	

ULTIMOS CONSUMOS

202002

18-17

202001

18-17

201912

18-17

201911

18-17

201909

18-17

MEDIA

15

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Tributárias das Águas Realizadas no Pode de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5469 - 2005-D.M.					
MÍCROTRÍCULAS	CLARO	TURBIDEZ	PH	CLORATO	Z-POLO
EXIGIDAS	100	100	7,00	100	100
ANALISADAS	214	214	7,14	214	214
CONFORMES	214	214	7,14	214	214

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

80,0 % DO VALOR DE ÁGUA

48,08

PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 04/60

38,47

MULTA P/IMPONTUALIDADE 01/2020

178,21

MEDIA

5,29

VENCIMENTO:

15/04/2020

TOTAL A PAGAR

270,05

AVISO: EM 29/02/2020 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
121894	03/2020	15/04/2020	270,05

82650000002-9 70050004001-4 00012189401-8 03202000003-3



17 ABR. 2020

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Blair Amálio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Silvana Maia Barros Inscrito (a) no CPF sob o Nº 951.586.772 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Silvana Maia Barros

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 951.586.772 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua. Antônio P. Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail:	<u>ELDIFRR@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(051) 98402-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 14/04/2020

Assinatura do Declarante



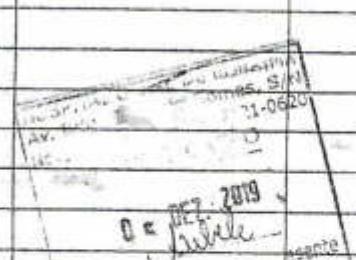
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hôspital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação Reclassificação _____

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação

1901179072		27/10/2019 19:22:59	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19	
Paciente			Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Azul Ass.: Verde Ass.: Azul Ass.: Verde Ass.: Azul Ass.: Pronto- Área	
SILVANA MAIA BARROS			20/04/1983	36 A 6 M 7 D	709005890831818	95158677204		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE	4408438	SSP PA	30/10/1999	F	UNIAO ESTAVEL	PARDA	SALINOPOLIS - PA BRASILEIRA	
Mãe	QINNOR MAIA BARROS				NC		Contato (95) 99146-3938	
Endereço	AVENIDA - SAO PAULO - 787 - ESTADOS - BOA VISTA - RR							
Ocupação	NÃO INFORMADA							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
COLISAO ENTRE VEICUL	URGÊNCIA							
Setor	Type de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL			ELIENE				
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
<p><i>Aci sente dor no abdômen</i></p>								
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 (15)							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>vermax verro. Negr perde concavidade, nômitos.</i>							
Exame Físico	A) VA perna, som seringue. B) Excreta/urina satis							
Hipótese Diagnóstica	C) batimento cardíaco, pulsos rígidos, zona fria, palpe estéril. D) lúpus. pupilas 100% fetais. E) lesão contusiva frisa							
TCE Nera.								
SADT - Exames Complementares	RAIO-X <input checked="" type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS							
PREScrição					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
1) Drenar <input checked="" type="checkbox"/> 2) Nitrofural 200mg <input checked="" type="checkbox"/> 3) Sustent curativo & recolt.								
Conduta	Alta por Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: _____							
óbito	Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Data e Hora da Saída/Alta: 21/05/2019							
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não	Destino: () Família	() IMI Anatomopatológica						

Capítulo 10

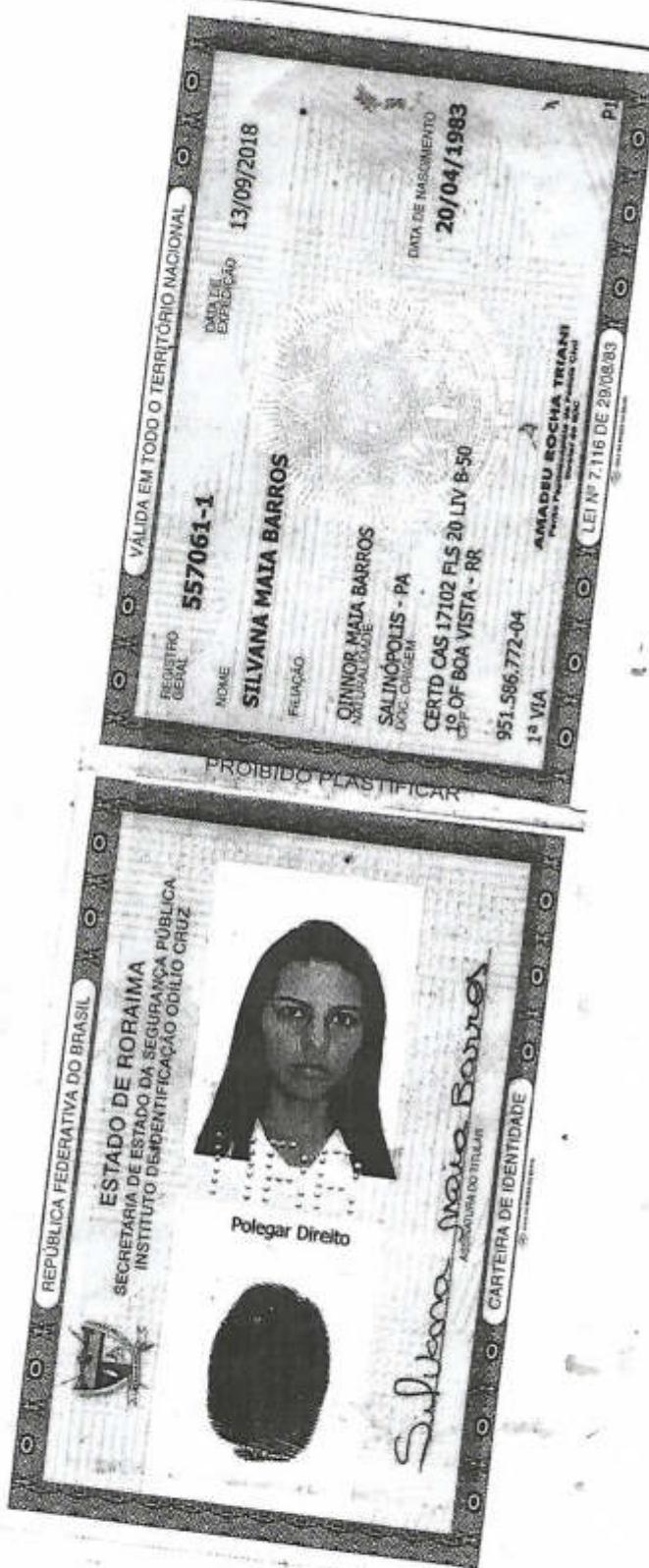
Impresso por: eliene
Data Hora: 27/10/2019 19:23:37

© 2019
4-07510CH - Strategien aus Theorie und
4-07511 - Methoden aus Praxis
Von: 4.2.2019 - 9.1.2019

ISSN 4 2.00 - R\$ 200,00

1991125022

17 ABR. 2020



17 ABR. 2020

RORAIMA S.A.
Av. Capitão Ene Garças, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

CONTA MÉS VENCIMENTO CONSUMO (KWH) TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2020 11/04/2020 389 365,12
CPF: 00038305151204

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	397	Atual:	25/03/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	548	Anterior:	21/02/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	93	Próxima leitura:	25/04/2020	Ligação:	BIFASICA
Constante de Multiplicação:	1.086	Emissão:	24/03/2020	Número Medidor:	T081910534
Consumo medida:	389	Apresentação:	25/03/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	389			Modalidade:	N 1519484

DESCRÍPCAO DA CONTA

CONSUMO	389 A R\$ 0,764425 =	297,36
CORRECAO MONETARIA DA IL (3X)		0,68
CORRECAO MONETARIA IGPM (3X)		3,47
MULTA POR ATRASO DE IL (3X)		6,31
JUROS DE MORA POR ATRASO (3X)		1,08
MULTA POR ATRASO (3X)		10,36
JUROS DE MORA DE IMPORTE (3X)		3,74
ILUMINACAO PUBLICA		42,12

17 ABR. 2020
OUTRAS INFORMAÇÕES

NOTA SEM TRIBUTOS:
* A 389 - 0,617700



Média 12 meses: 195

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGAMENTO VENCIMENTO 1 5 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 24/03/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.


**MENSAGENS
IMPORTANTES**
**REAVISO DE
VENCIMENTO**

RESERVADO AO FISCO		674C.73E7.03C1.894F.E49C.9AB8.5234.CB98	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	158,58	Encargos:	9,10
Impostos/Contribuições:	70,43	Tributos:	57,03
Transmissão:	0,00	Base de Cálculo:	297,35
		ICMS:	17,00%
		PIS:	0,50%
		COFINS:	1,75%
		ALIQUOTA	VALOR
			58,55
			1,14
			5,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	DIC			DMIC			DICRE		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Conjunto	FLORESTA			Período de aferição:	01/2020		EUSO:	74,44	

ROT: 5.001.12.04.021730

**RORAIMA
ENERGIA**

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garças, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0109029-1

TOTAL A PAGAR - R\$
365,12

MÊS FATURADO

03/2020

VENCIMENTO

11/04/2020

Nº da Nota Fiscal:

4872055

FCAM*

83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4



SEQ.: 0300 UC: 0109029-1 DT.LEIT.: 25/03/2020 T.ENTR.: 04
LEITURA: 937 NORMAL TOTAL: 365,12 CARGA: 006
D1.VENC.: 11/04/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4091



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200147231 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA MAIA BARROS **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200147231
Vítima: SILVANA MAIA BARROS

Cidade: Boa Vista
Data do acidente: 27/10/2019

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Silvana Maia Barros
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	557061 - 1
ENDEREÇO:	Av. São Paulo N° 282, Bairro dos Estados

OUTORGADO

NOME:	Iair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807 55818R
ENDEREÇO:	Rua Antônio Pinheiro Galvão 1832 Biritis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 27 / 10 / 2019, cobertura Av. Paulista, vítima: Silvana Maia Barros.

Boa Vista

LOCAL E DATA

09/04/2020



ASSINATURA DO OUTORGANTE

Silvana Maia Barros

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



DANIEL
AQUINO
192437-4 e 81246-00000
Reconheço per VERDADEIRA a(s) firma(s)
SILVANA MAIA BARROS

Em testemunho da verdade, BPO
De que dou fá, Boa Vista/RR, 09 de abril de 2020.
Consulta crm sobre a(s) abaixo em cidades.portaldeleitos.com.br
RECFIR166296FVS6EB2FTTW1W537 /

Emolumentos: R\$ 2,56 Fundos:ISS:R\$ 0,65 SELO:R\$ 1,50 Total:R\$ 4,71

17 ABR. 2020

Lidiane Silveira Lopes
Assinatura
Lidiane Silveira Lopes
Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114661/20

Número do Sinistro: 3200147231

Vítima: SILVANA MAIA BARROS

Data do acidente: 27/10/2019

CPF: 951.586.772-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILVANA MAIA BARROS

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 12/05/2020
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/05/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114661/20

Vítima: SILVANA MAIA BARROS

CPF: 951.586.772-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: SILVANA MAIA BARROS

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

SILVANA MAIA BARROS : 951.586.772-04

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: 14/04/2020
Nome: SILVANA MAIA BARROS
CPF: 951.586.772-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/04/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

SILVANA MAIA BARROS

MANOEL COELHO NETO