

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, 29 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200047482**

**Vítima: HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 07/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

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.
<b>Declaração de Inexistência de IML</b>	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
<b>DUT</b>	Apresentar cópia do documento para confirmação do nome do proprietário. A solicitação está sendo realizada em caráter excepcional, pois não foi possível identificar na documentação apresentada.

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, 29 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200047482**

**Vítima: HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 07/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

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, 23 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200047482**

**Vítima: HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 07/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

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/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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, 15 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200047482**

**Vítima: HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 07/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

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/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 22 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200047482**

**Vítima: HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 07/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 04 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200047482**

**Vítima: HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 07/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

**Recebedor: HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 001**

**Agência: 000000250-X**

**Conta: 000010125633-7**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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:

965.321.302-49

4 - Nome completo da vítima:

Heverton Carlos de Oliveira

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

5 - Nome completo:

Heverton Carlos de Oliveira

6 - RG:

965.321.302-49

7 - Endereço:

8 - Endereço:

av. Antônio Lemos Almeida

9 - Número:

510

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

15 - Ufma:

Amapá

13 - Estado:

AP

10 - Complemento:

lado

14 - CEP:

69.390-000

Tel (DDD):

(51) 99117-5392

16 - E-mail:

hevertoncarlosdeoliveira@bjmmail.com

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR) CONTA POUPANÇA (Só informar 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: 3568

CONTA: 0160

6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo acima elencado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação devidamente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 39, §15, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou judicial ou direito de contestá-la, caso discordo 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(s):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima

 Sra

29 - Se tinha filhos, informar

 Seu filhos

30 - Vítima deixou

 Sim

31 - Vítima

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

 Seu irmãos

33 - Vítima deixou

 Sim

34 -

 Seus irmãos Não Vivos Falecidos Vivos



B.O: 653/2019

REGISTRADO EM: 17/09/2019

HORAS: 11:50hs

<u>DADOS DO COMUNICANTE / VÍTIMA</u>	
COMUNICANTE: HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA ENDEREÇO: AV. RENATO COSTA DE ALMEIDA S/N CENTRO, CANTÁ	RG. 328190-6-SSP/RR CPF: 965.321.302-49
VÍTIMA: O COMUNICANTE ENDEREÇO: ACIMA DESCrito GRAU DE INSTRUÇÃO: MEDIO NATURALIDADE: BOA VISTA - RR CUTIS: NEGRO FILIAÇÃO: PAI: HORACILDO DE OLIVEIRA BENTO MÃE: AGLAIDE CARLOS DE OLIVEIRA LOCAL DO FATO: ANTES DA ENTRADA DA SERRA GRANDE II - CANTÁ/RR	IDADE: 31 ANOS RG.: ACIMA - SSP/RR CPF: ACIMA D.NANC. 25/07/1988 TEL: 99151-0825

DADOS DO INFRATOR / SUSPEITO

NOME: TELEFONE: CNPJ: 2402906/0001-03  
ENDEREÇO:

DESCRIÇÃO DOS FATOS

Senhor Delegado, compareceu nesta Delegacia, a pessoa acima qualificada para comunicar que no dia 07/09/2019 por volta das 19:00h, quando trafegava de moto com sua mulher Joana Pereira Bezerra pela BR 432, próximo a entrada da Serra Grande II caiu com em um buraco ao tentar desviar de uma pedra grande que se encontrava na pista. Que foram socorridos por um popular que passava pelo local que os levou ao Posto de Saúde do Município e posteriormente ao SAMU. Que em decorrência desse acidente teve o Braço direito quebrado e também lesionado o ombro direito. Que sua companheira ficou lesionada na costela do lado direito. Que após os primeiros atendimentos nesse município foi encaminhado para o HGR em Boa Vista. Dados do Veículo: HONDA/CG 125 TITAN, PLACA NAI0595, CINZA, CHASSI 9C2JC2501SRS00667. Era o que tinha a comunicar.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Transito

Alim Nunes  
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

*Heverton Carlos de Oliveira*  
HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA  
COMUNICANTE

**DESPACHO**  
Neste ato fica intimado o comunicante a comparecer nesta delegacia no dia 1 /2019 às 10 : 00 h para oitiva e/ou Representação. Trazer documentação.

**DESPACHO**

25/09/2019  
AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR







**RORAIMA ENERGIA**  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

---

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

---

NF: 4681/82

**MARIO CESAR GOMES RIBEIRO**AV RENATO COSTA ALMEIDA, S/N,  
CENTRO

69390000 CANTA

RR

<b>CÓDIGO ÚNICO</b>	<b>MÊS</b>	<b>PERÍODO DE CONSUMO</b>
5604680	02/2020	24-JAN-20 a 21-FEB-20
<b>CONSUMO (kWh)</b>	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
135	11-MAR-20	R\$ 123,89

#### OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



### RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

<b>CÓDIGO ÚNICO</b>	<b>MÊS</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
5604680	02/2020	R\$ 123,89

836700000018.238900750007.000000005603.468002200052



# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais informações, 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

### 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 SUSEP 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 COAF<sup>1</sup>.

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 ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

*Denilze Corrêa Dantas*

inscrito (a) no CPF/CNPJ

*792.657.152,00*

, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

*Huverton Carlos de Oliveira*

inscrito (a) no CPF sob o Nº *965.321.302,49*

do sinistro de DPVAT cobertura

*Invalidiz*

da Vítima

*Huverton Carlos de Oliveira*

inscrito (a) no CPF sob o Nº

*965.321.302,49*

, 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:	<i>Av. General Alfaide 01</i>	Número:	<i>2748</i>	Complemento:	<i>02</i>
Bairro:	<i>Liberdade</i>	Cidade:	<i>Boa Vista</i>	Estado:	<i>Roraima</i>
E-mail:	<i>lidorboavista.pendencia@hotmail.com</i>	CEP:	<i>69.309.000</i>	Tel.(DDD):	<i>(95) 99117-5392</i>

Local e Data:

*Boa Vista - RR 19 de Novembro 2019*

*Denilze Corrêa Dantas*

Assinatura do Declarante



UNIDADE: BRAVO (BRAVO CANTÁ)

## FICHA DE ATENDIMENTO

EQUIPE: Dr. - JO BROWN cond. BRAVO

Paciente: HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA Idade: 31 Sexo: M

Nacionalidade: BRASILEIRO Raça:  Branca  Negra  Parda  Amarela  Indígena-Etnia

Endereço: BORGES SAMU CANTÁ

Ponto de referência: BORGES SAMU CANTÁ DATA: 07.09.2019

Nº da Ocorrência: 15345

DATA: 07.09.2019

HORA DO ACIONAMENTO:

20:15

Médico (a) Regulador (a): ERICO

HORA CHEGADA NO LOCAL (J/10):

90:15

MOTIVO:

P4 SOCORRO [ ] TRANSPORTE [ ] REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR [ ] APOIO

[ ] OUTROS

## MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL

- Atropelamento
- Capotamento
- Colisão X
- Motorista
- Passageiro Dianteiro
- Passageiro Traseiro

MOTO/BICICLETA

- Acidente com moto X
- Queda de moto
- Bicicleta
- queda de Bicicleta

## VIOLENCIA

- Agressão Física
- Espancamento
- FAB
- FAF
- Tentativa de suicídio
- Violência Doméstica
- Violência Sexual

## OUTROS

- Ac. De Trabalho
- Local  Trajeto
- Queda, Altura aprox.:
- Acidente Doméstica
- Quelmadura Agente
- Agressão p/ anim
- Outros:

## AVALIAÇÃO INICIAL

## Vias Aéreas

## Ventilação

## Circulação

## Aval. Neurológica

- Apneia
- Bradipneia
- Dispnéia
- Eupneico
- Obstruída
- Resp. Ruidosa
- Taquipneia

- Abolida
- Ferida Aspirativa
- Hipertimpanismo
- M.V. Ausente
- M.V. Diminuído
- Maciez

S/4

- Arritmico
- Ausente
- Bradicardia
- Enchimento capilar > 2s
- Taquicardia

N/A

AVDN

DNV

Miose

Midriase

Anisocoria

Alcoolizado

## SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/Hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	Temp..	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemias	APGAR
Inicio	130/90	81	21	—	36 °C	—	—	—
Fim	130/90	81	71	—	36 °C	—	—	—

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Distendido
<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Doloroso
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Em tábua
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Laceração				<input type="checkbox"/> Lacerações
Pele	Coluna Dorsal			Membros	
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Fratura		
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Amputação		
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor [ ] Leve [ ] Moderada [ ] Intensa	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Esmagamento		
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Deformidade	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Avulsão		

## AVALIAÇÃO CARDIÁCA

Ritmo Sinusal	Fibrilação atrial	Cardiovascular	Aborto	Alergias	Medicamentos em uso
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Infeciosa	<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Flutuar		<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> HAS	
		<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Pediátrica	<input type="checkbox"/> Sequela AVC	

## GRAVIDADE COMPROVADA

[ ] ILESO [ ] PEQUENA [ ] MÉDIA [ ] ÓBITO [ ] INDETERMINADA

INCIDENTE	Cancelamento	Recusa de Atendimento	MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS		
			<input type="checkbox"/> Polícia Militar	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	
	Não se encontrava no local	Recusa de hospitalização	<input type="checkbox"/> SMTRAN	<input type="checkbox"/> Bombeiro	
	Trote	Bombeiro no local	<input type="checkbox"/> PRF	<input type="checkbox"/> DETRAN	

RCP	Iniciada as: :	RCP com sucesso	RCP Não realizado	Grau de lesão:	
				OBS:	

DESTINO	Atendido no local	Grande Trauma - GT	Pol. Cosme e Silva - PCCS	Hosp. Das Clínicas/RR - HCR	
				Hosp. Santo Antônio - HCSA	Hosp. Lotte Iris - HLI
	Pronto Atendimento - PAAR	Hosp. Coronel Mota - HCM	HMINSN	Outros	

PERTE  
NCIA  
DO PACIENTE  
TERMO  
DE  
RECUSA

Descrição:

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:  
Assinatura do Paciente:

RG:

**GESTANTE**

IG p/ semana:

Perda de líquido:

[ ] Com cartão [ ] Sem cartão

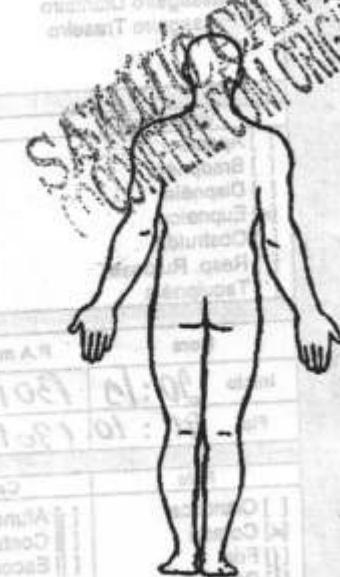
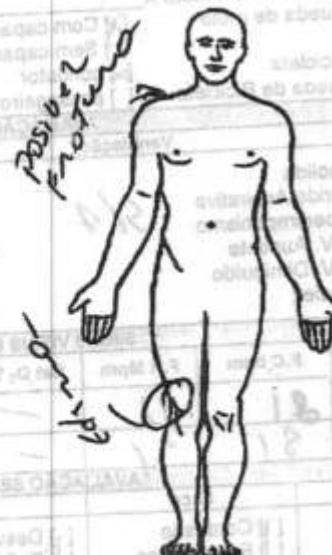
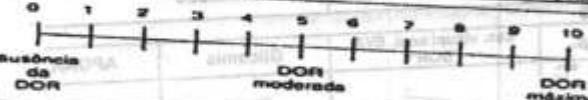
Movimentos fetais:

BCF

**MATERIAL E MEDICAÇÃO**

**CONFERE COM ORIGINAL**

1. Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticacão)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
3. Resposta Verbal (V)	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

Vitória de guada de moto chega na base  
Samu trazido por Tercário em lota, de ambulância  
verbalizando Eupnico, vomito de orina, apresenta  
rigidez na Região clavicular e edema no  
joelho direito mobilizado e clavicular  
perdeu o QTV 11/12. Recupero que  
encontrou no Poco 067.

Medico Plantonista  
Técnico Radiologia  
Completo 93172576

1901159003	07/09/2019 21:16:57	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-	12
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA		25/07/1988	31 A 1 M 13 D	706208037055762	96532130249	00079257		
Identidade	3281706	Documento SSPRR	Sexo M	Estado Civil SOLTEIRO(A) PARD	Naturalidade BOA VISTA - RR	Nacionalidade BRASILEIRA		
Mãe				Pai	Contato			
AGLAIDE CARLOS DE OLIVEIRA				NI	(95) 99119-9205	Ocupação		
Endereço	RUA - CASTELO BRANCO - 96 - CENTRO - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Setor	GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU REGIONAL		Procedimento Sol.				Registrado por: ALEXANDRO.PEREIRA
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>"Dor no ombro direito"</i>							
Anamnese de Enfermagem					GSC	TOTAL		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	Pct vítima de acidente de moto, Projetei pelo Soco, lesão da esquerda <div style="float: right;"> <input type="checkbox"/> AO: 1 2 3 4 <input type="checkbox"/> RV: 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> MRV: 1 2 3 4 5 6         </div>							
Exame Físico	BEG, LOTE AAA,							
Hipótese Diagnóstica	Fratura de escápula							
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
① Dipirona 2g (EU)					21/11/15	Rivanildo G. Dantas COBEN RR 928 664-7E		
Conduita	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>orthopedia</i>							
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Autópsia Patológica <input type="checkbox"/> Exame de Vida Útil <input type="checkbox"/> Outros:						
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico							



de sofreu fratura em outas  
d fratura de acâmnio  
ao fract. de acâmnio.

- Tíbia

- Pecete

- Ao Hcy

Dr. J. R. S. C. Lopes  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-RR 1763 / COT. M.R.







# 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:

3200104-7482

3 - CPF da vítima:

965.321.302-49

4 - Nome completo da vítima:

Bevertton Carlos de Oliveira

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

5 - Nome completo:

Bevertton Carlos de Oliveira

6 - CPF:

965.321.302-49

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Av. Renato Costa Almeida

9 - Número:

310

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Caxias

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.390-000

15 - E-mail:

bevertton.pendencia@ufma.br

16 - Tel (DDI):

(95) 99117-5392

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:

 RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

 REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0250

 CONTA:

125633

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

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 a 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 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 teve filhos?

 Sim

 Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)?

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim

 Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA-RR

24 DE Agosto 2020

Bevertton Carlos de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPC 001 11007/2010

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200047482      **Cidade:** Cantá      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 07/09/2019      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ACRÔMIO E ESCÁPULA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO DIREITO

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: Heverton Carlos de Oliveira  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: VENDEDOR RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: AV. RENATO COSTA A MEDEIDA S/N 3.º CENTRO

VÍTIMA: Heverton Carlos de Oliveira  
CPF: 365.321.302-49 DATA DO ACIDENTE: 07/09/2010  
NATUREZA:  DAMS  INVALIDEZ  MORTE

### OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREIA DANTAS

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.

Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00

Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista ne. 25 de 557 de 2010

X Heverton Carlos de Oliveira  
Assinatura

### Obs – Reconhecimento por autenticidade.



**CARTÓRIO LOUREIRO**  
Av. VILLE ROY, nº 316 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC VERDADEIRA a(s)assinatura(s)  
JOZIEL LOUREIRO  
RECFIR158345UY7IG52WTAJRK64 N° Ticket: 00114  
CK Em testemunha \_\_\_\_\_ da verdade Boa Vista, 25/09/2010  
Empl: 2,45 FUNDEF/IR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10 Vlr: Sel. 5  
Sel. RECFIR158345UY7IG52WTAJRK64 N° Ticket: 00114  
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalseiorr.com.br>  
CPF Solicitante: 96532130249

*Heverton Carlos de Oliveira*  
Major C.C. Esbell Brígida  
Escrevente Autorizada  
Cartório Loureiro

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0039546/20

**Número do Sinistro:** 3200047482

**Vítima:** HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA

**CPF:** 965.321.302-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/09/2019

**Titular do CPF:** HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

DUT

**DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00**

Comprovante de residência

**HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA : 965.321.302-49**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/03/2020  
Nome: DENILZE CORREA DANTAS  
CPF: 792.657.152-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2020  
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA  
CPF: 432.858.722-68

DENILZE CORREA DANTAS

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA