



Número: **0813582-15.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **08/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.754,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60686032	29/09/2020 06:48	<a href="#">2753992_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Documento de Comprovação



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: 3200258232

Vítima: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

Data do Acidente: 09/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

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, contados 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

Carta nº 15961838

Pag. 00641/00642 - carta\_01 - INVALIDEZ





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 Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200258232

Vítima: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

Data do Acidente: 09/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01313/01314 - carta\_02 - INVALIDEZ

00080657



Carta nº 15970269



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 06:48:35

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092906483541700000058220551>

Número do documento: 20092906483541700000058220551

Num. 60686032 - Pág. 2



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, 09 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200258232**

**Vítima: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES**

**Data do Acidente: 09/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES**

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 punhos  
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: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES**

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

**Banco: 341**

**Agência: 000008512**

**Conta: 0000035296-7**

**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, retorne 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:

4 - Nome completo da vítima:

06488278444

Marcia Raquel F. da S. Lopes

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

Marcia Raquel Felix da Silva Lopes

06488278444

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Do lar

R. Antonio Loucas Bezerra

09

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

Pelo Horizonte

Mossoró

RN

59604-431

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 8512

CONTA: 85296

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 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)

☐ Divorçado

☐ 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 (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró 25/06/2020

X Marcia Raquel Felix da Silva Lopes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Angela Emanuelly da Costa

Assinatura do Procurador (se houver)

Capang

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

11 V002/2019





Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE Ocorrência

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.  
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.m.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001029157

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 24/06/2020 10.30.52

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 09/04/2020 20.00.00

2.3 Número: S/N

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: BOA VISTA

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: AV COELHO NETO

2.4 CEP: 59.805-320

2.6 Ponto de Referência: PRÓXIMO À UM POSTO DE COMBUSTÍVEL

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

3.3 Etnia: PARDO

3.5 Mãe: MARILENE PEREIRA DA SILVA

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF: 06488278444

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: VENDEDORA

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 9

3.19 Bairro: BELO HORIZONTE

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai: GERÔNIO FELIX DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 05/11/1986

3.8 RG: 621633215 - SSP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ/RN

3.14 E-Mail: MOSSOROSEGUROS8@GMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA ANTONIO LUCAS BEZERRA

3.18 CEP: 59604431

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

A vítima informa que no dia, local e horário acima citado transitava pela via, como condutora de uma motocicleta Honda Pop 100, Chassi 9C2HB0210FR004311, Renavam 01026535619, Placa QWF 7789/RN, 2014/2015, de cor vermelha, licenciada em nome próprio, quando ao passar por uma lombada, perdeu o controle do veículo, caindo bruscamente ao solo, sendo socorrida por populares e encaminhada ao Hospital Regional Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia, nesta cidade.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.  
Comunicante: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES  
Data: 24/06/2020 13.56.04

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

Atendimento: 2084252 - SHYRLEY LIDIANE DO REGO CARNEIRO

Impresso por: WEB em 25/06/2020 09:37:06

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

x Marcia Raquel Felix da Silva Lopes.



## 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: 06488278444 4 - Nome completo da vítima: Marcia Raquel F. da S. Lopes

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

5 - Nome completo: Marcia Raquel Felix da Silva Lopes 6 - CPF: 06488278444  
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: R. Antonio Loucas Bezerra 9 - Número: 09 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Belo Horizonte 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59604-431  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:  
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 8512 CONTA: 85296 7  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: 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 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró 25/06/2020

X Marcia Raquel Felix da Silva Lopes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Angela Emanuelly da Costa

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Capang

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

11 V002/2019

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341                      AGÊNCIA: 0477                      CONTA: 000000078857-4

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08512

CONTA: 000000035296-7

---

---

Autenticação:

08B17DED21B9DC896DAAD7B8514466099ED68BDEDCEE627F0E1961C14190862E





TIM S.A.  
Rua das Primulas, 661  
Redinha - Natal - RN  
CNPJ: 02.421.421/0028-31 - I.E.: 20.084.235-6  
CNPJ do Matriz: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 2

**R\$ 54,99**

**VENCIMENTO**  
**10/03/2020**

EMIÇÃO: 19/02/2020  
POSTAGEM: 27/02/2020  
FATURA: 4191946317

CLIENTE: 1.81681894

CPF/CNPJ: 06488278444

ACESSO: 84 99804-2204

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009139297634012

MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES  
ANTONIO LUCAS BEZERRA, 09, OUTROS  
BELO HORIZONTE  
59604-431 - MOSSORO - RN

### IMPORTANTE PARA MARCIA

### RESUMO DA SUA CONTA DE 19/JAN A 18/FEV

Serviços TIM S.A.

VALOR



TIM Controle Smart

**R\$ 54,99**

### VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece:

TIM Controle Smart: 84998042204 (101/PÓS/SMP)

TIM Globo Livros

TIM Banca Jornais

Desconto Franquia TIM Controle

Desconto Serviços VAS TIM Controle

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	-	-	64,99
-	-	1	-	-	Incluído
-	-	1	-	-	Incluído
-	-	4/12	-	-	-7,00
-	-	4/12	-	-	-3,00
Total de Mensalidades					54,99

### MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite [www.appmeutim.com.br](http://www.appmeutim.com.br) do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

### CONTA DIGITAL TIM

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo App ou Site Meu TIM. Acesse o App ou visite [meutim.com.br](http://meutim.com.br) para mudar para Conta Digital!

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	FUNTEL
ICMS	30%	R\$ 38,49	R\$ 11,55	R\$ 0,26	R\$ 0,13
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%				

Fim atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições ao FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são impostas às tarifas

### Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no(s) Plano(s)	
Franquia(s)	R\$ 45,49
SVA	R\$ 19,50
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ -7,00
Desconto(s) SVA	R\$ -3,00

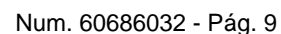


Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 06:48:35

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092906483541700000058220551>

Número do documento: 20092906483541700000058220551

Num. 60686032 - Pág. 8



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Angela Emanuella da L. Capareza inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.386.524 / 77 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcia Raquel F. da S. Lopes inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.882.784 / 44 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidos da Vítima Marcia Raquel F. da S. Lopes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.882.784 / 44, 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 Líder-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 Antonio Loucas Bezerra</u>		Número <u>09</u>	Complemento
Bairro <u>Belo Horizonte</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59604.431</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Mossoró, 25 de junho de 2020  
Local e Data

Angela Emanuella da Costa Capareza  
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017







SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 6731 /2020

Admissão: 09/04/2020 21:01:33

OK

## CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 38103 - MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES (33 a 5 m 4 d)

Nascimento: 05/11/1986

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: F Cor: BRANCA

CNS: 703007848637874

CPF: 06488278444

Prof:

Mãe: MARILENE PEREIRA DA SILVA

Pai: GERONCIO FELIX DA SILVA

Logradouro: ANTONIO LUCAS BEZERRA, 9

CEP: 59604431

Bairro: BELO HORIZONTE

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.98042204

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

\*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO

Classificação:

09/04/2020 21:00:22

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	130/80		98		17	104			

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 21 ANOS., QUEDA DE MOTO. CONSCIENTE ORIENTADA, ECG 15. TRES CORTES CONTUSO EM REGIAO DE LABIOS/ MENTO. DEFORMIDADE EM MIE E CORTE CONTUSO COM PERCA DE TECIDO EM MID

Dt e Hora:

Queda de moto, atropelado. Refere dor e MSE, membros inferiores, abdômen, cabeça, pescoço e antebraços. - Limpeza + ANTIDRESS + SUTURA + Curativos.

A - VA Pulso, com CC

B - MV + 2 Sinais, 32 RA

C - FC 95 RA 130/80

D - ECG 15 12FR

E - Abdômen, dor central, FCC e coto de SC, abdo indol, pelve intact.

CD: TC crânio + coluna cervical + RXTorax + Antebraço sup

Diagn. Inicial: Anal do NCR + BME + Osteoedema

Assin:

Dr. Marcos Antonio Nogueira Medica  
Cirurgia Geral/Endoscopia Digestiva  
CRM/RN 1877

## PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

23/04/20 NCR 23:00 Pronto soc 33 anos, com relato de atropelamento + queda de moto, evoluindo com amputação. Ao exame: ECG 15, com alterações pendiculares evidentes, limitação algica no MSE, Nega cefalalgia. TC de crânio + coluna cervical dentro da normalidade. CD: Alta com orientações.

- EFTM 19/04/20 - QI 15 + ASD EU.

- Diplopia ECG - etc.

Dr. Marcos Antonio Nogueira Medica  
Cirurgia Geral/Endoscopia Digestiva  
CRM/RN 1877

Dr. Juliano José da Silva  
Medico  
CRM/RN 7389

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO  
SIA CONFORME O ORIGINAL  
CAME MOSSORÓ 07/10/2020

SAME/ARQUIVO

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher CID, PROC)

CID \_\_\_\_\_ Proc. \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20. Hr: \_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

\*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 09 de Abril de 2020.  
Carimbar

(Assinar e)



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 06:48:35

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092906483541700000058220551

Número do documento: 20092906483541700000058220551

Num. 60686032 - Pág. 11





---

**PACIENTE:** MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES  
**SOLICITANTE:** RAIO X  
**CONVÊNIO:** PARTICULAR  
**DATA:** 29/04/2020

---

## **RX DE PUNHO ESQUERDO**

- Grafia obtida sob aparato gessado limitando a avaliação dos achados.
- Fratura da epífise distal do radio e ulna.
- Avulsão do processo estilóide da ulna.













9804-2204



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - RN** Nº **014373666187**  
64018970/2019 1679831848

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**

VIA 2 DOB RENAVAM 01026535619 PNTRC \*\*\*\*\*

NOME/ENDEREÇO  
MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES  
R ANTONIO LUCAS REZARRA, 5  
BELO HORIZONTE  
59.604-431 MOSSORO/RN

CPF/CNPJ 064.882.784-44 PLACA 09F7889

NOME ANTERIOR FRANCISCO DE ASSIS GOMES DE LIMA

PLACA ANT/UF 09F7889/RN CHASSI 3C2HB0210FR004311

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NÃO APLICAVE COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP100 ANO FAB 2014 ANO MOD 2015

CAP/POT/CIL 0CV/37 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES  
MOTOR: HB02E1FC04311  
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA  
QUANDO EM LOCAL SEGURO

MOSSORO/RN DATA 24/06/2019

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 06:48:35  
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092906483541700000058220551  
Número do documento: 20092906483541700000058220551



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200258232 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA **Data do acidente:** 09/04/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.  
**LOPES**

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da epífise distal do rádio e ulna esquerdas. Avulsão do processo estilóide da ulna esquerda. Ferimentos corto-contusos em região dos lábios, mucosa oral e do mento. Ferida corto contusa em região inguinal direita.

**Descrição do exame físico:** Ao exame, vítima apresenta cicatriz de sutura em região inguinal direita e lábio superior. Redução leve dos movimentos de flexão e extensão do punho esquerdo. Deambulando normalmente.

**Resultados terapêuticos:** Vítima admitida em unidade hospitalar com ferimentos corto-contusos em região dos lábios, mucosa oral e do mento, deformidade em membro inferior esquerdo e ferimento corto-contuso com perda de tecido em membro inferior direito, queixa algica, sendo encaminhado para exames de imagem. TC de face não identificando fraturas, sendo encaminhada para limpeza, anestesia local e sutura dos ferimentos faciais. Diagnosticada com fratura da epífise distal do rádio e ulna esquerda e avulsão do processo estilóide da ulna esquerda, sendo realizada imobilização com imobilização gessada por aproximadamente 06 semanas. Evoluindo sem complicações, com alta ortopédica e do bucomaxilofacial. Refere ter realizado fisioterapia, com alta definitiva.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 28/07/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

### 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 punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3200258232**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Antônio Lucas Bezerra, 09 - Mossoró - RN - CEP 59604-431**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp** / **SP** ] **62163321-5**

Data e local do acidente: [ **09/04/2020** ] **Avenida Coelho Neto, Boa Vista, Mossoró, RN**

Data e local do exame: [ **28/07/2020** ] **Mossoró** [ **RN** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

*Fratura da epífise distal do rádio e ulna esquerdas. Avulsão do processo estilóide da ulna esquerda. Ferimentos corto-contusos em região dos lábios, mucosa oral e do mento. Ferida corto contusa em região inguinal direita.*

**II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

*Ao exame, vítima apresenta cicatriz de sutura em região inguinal direita e lábio superior. Redução leve dos movimentos de flexão e extensão do punho esquerdo. Deambulando normalmente.*

**III. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

*Vítima admitida em unidade hospitalar com ferimentos corto-contusos em região dos lábios, mucosa oral e do mento, deformidade em membro inferior esquerdo e ferimento corto-contuso com perda de tecido em membro inferior direito, queixa algica, sendo encaminhado para exames de imagem. TC de face não identificando fraturas, sendo encaminhada para limpeza, anestesia local e sutura dos ferimentos faciais. Diagnosticada com fratura da epífise distal do rádio e ulna esquerda e avulsão do processo estilóide da ulna esquerda, sendo realizada imobilização com imobilização gessada por aproximadamente 06 semanas. Evoluindo sem complicações, com alta ortopédica e do bucomaxilofacial. Refere ter realizado fisioterapia, com alta definitiva.*

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

*Limitação funcional do punho esquerdo*

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho esquerdo

% do dano: ( ) 10% residual ( ☒ ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

VIII. \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Luis F. C. Nascimento  
CRM: 4863 - RN

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0203157/20  
**Vítima:** MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES  
**CPF:** 064.882.784-44  
**CPF de:** Próprio  
**Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.  
**Data do acidente:** 09/04/2020  
**Titular do CPF:** MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ : 094.386.524-77

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

#### MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES : 064.882.784-44

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: 21/07/2020  
Nome: ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ  
CPF: 094.386.524-77

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/07/2020  
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA  
CPF: 017.593.304-93

ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Marcia Raquel Felix da Silva Lopes  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada  
Profissão: Vendedora  
Identidade: 62.163.321-5 CPF: 064.882.784-44  
Endereço: Rua Antonio Lucas Bezerra, 09 Belo Horizonte  
Mossoro RN.

### OUTORGADO:

Nome: Angela Emanuelly da Costa Caparroz  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
Profissão: Do lar  
Identidade: 48.508.945-0 CPF: 094.386.524-77  
Endereço: Rua Francisco Bezerra da Silva, 200, Planalto 13 de  
maio, Mossoro RN.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representá-lo perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, emitir, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima :

Marcia Raquel Felix da Silva Lopes

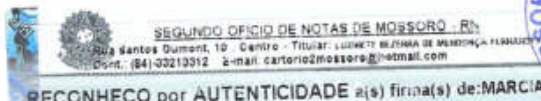


Mossoro RN, 18/05/2020

Local e data

Marcia Raquel Felix da Silva Lopes

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: MARCIA





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0203157/20

**Vítima:** MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

**CPF:** 064.882.784-44

**Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 09/04/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ : 094.386.524-77

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

#### MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES : 064.882.784-44

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: 21/07/2020  
Nome: ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ  
CPF: 094.386.524-77

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/07/2020  
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA  
CPF: 017.593.304-93

ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

