



29/09/2020

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
<b>MARCA RAQUEL FELIX DA SILVA (AUTOR)</b>		<b>KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA DPVAT (RÉU)</b>		<b>Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)</b>
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
60686 032	29/09/2020 06:48	<a href="#"><u>2753992_CONTESTACAO_Anexo_03</u></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



00020321





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, 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:

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 N° 445/2012

5 - Nome completo:

Marcia Raquel Felice da Silva Lopes

6 - CPF:  
06488278444

7 - Profissão:

Dolar

8 - Endereço:

R. Antônio Lucas Izquierdo

9 - Número:

09

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Belo Horizonte

12 - Cidade:

Mossoró

13 - Estado:  
RN14 - CEP:  
59604-431

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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  
 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: 8512

CONTA: 35296

+ AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

## 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

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)

40 - Local e Data, Mossoró 25/06/2020

X marcia Raquel Felice da Silva Lopes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

11 V002/2019

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Angela Emanuelle da Costa

Caparez

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







## 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 N° 445/2012

5 - Nome completo:

Marcia Raquel Felice da Silva Lopes

6 - CPF:  
06488278444

7 - Profissão:

Dolar

8 - Endereço:

R. Antônio Lucas Izquierdo

9 - Número:

09

10 - Complemento:

IN

11 - Bairro:

Belo Horizonte

12 - Cidade:

Mossoró

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59604-431

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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  
 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: 8512

CONTA: 35296

+ AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

## 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  Não31 - 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró 25/06/2020

X marcia Raquel Felice da Silva Lopes

Angela Emanuelle da Costa Caparuz

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

11 V002/2019



# ITAU - 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



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. 7

TIM S.A.  
Rua das Primulas, 561  
Redinha - Natal - RN  
CNPJ: 02.421.421/0028-31 - IE: 20.084.238-6  
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 2

R\$ 54,99

VENCIMENTO

10/03/2020

EMISSÃO: 19/02/2020

POSTAGEM: 27/02/2020

FATURA: 4191946317

CLIENTE: 1.81681894

CPF/CNPJ: 06488278444

ACESSO: 84 99804-2204

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009139297634012

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

### IMPORTANTE PARA MARCIA

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

Serviços TIM S.A.	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> 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 Banco 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-lo, visite [www.appmeutim.com.br](http://www.appmeutim.com.br) do seu celular TIM, Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	R\$ 0,26
IAMS	30%	R\$ 38,49	R\$ 11,55	FUNTEL	R\$ 0,13
IPSCOFINS - Serviços Telecom	3,65%				
IPSCOFINS - Serviços Não Telecom	9,75%				

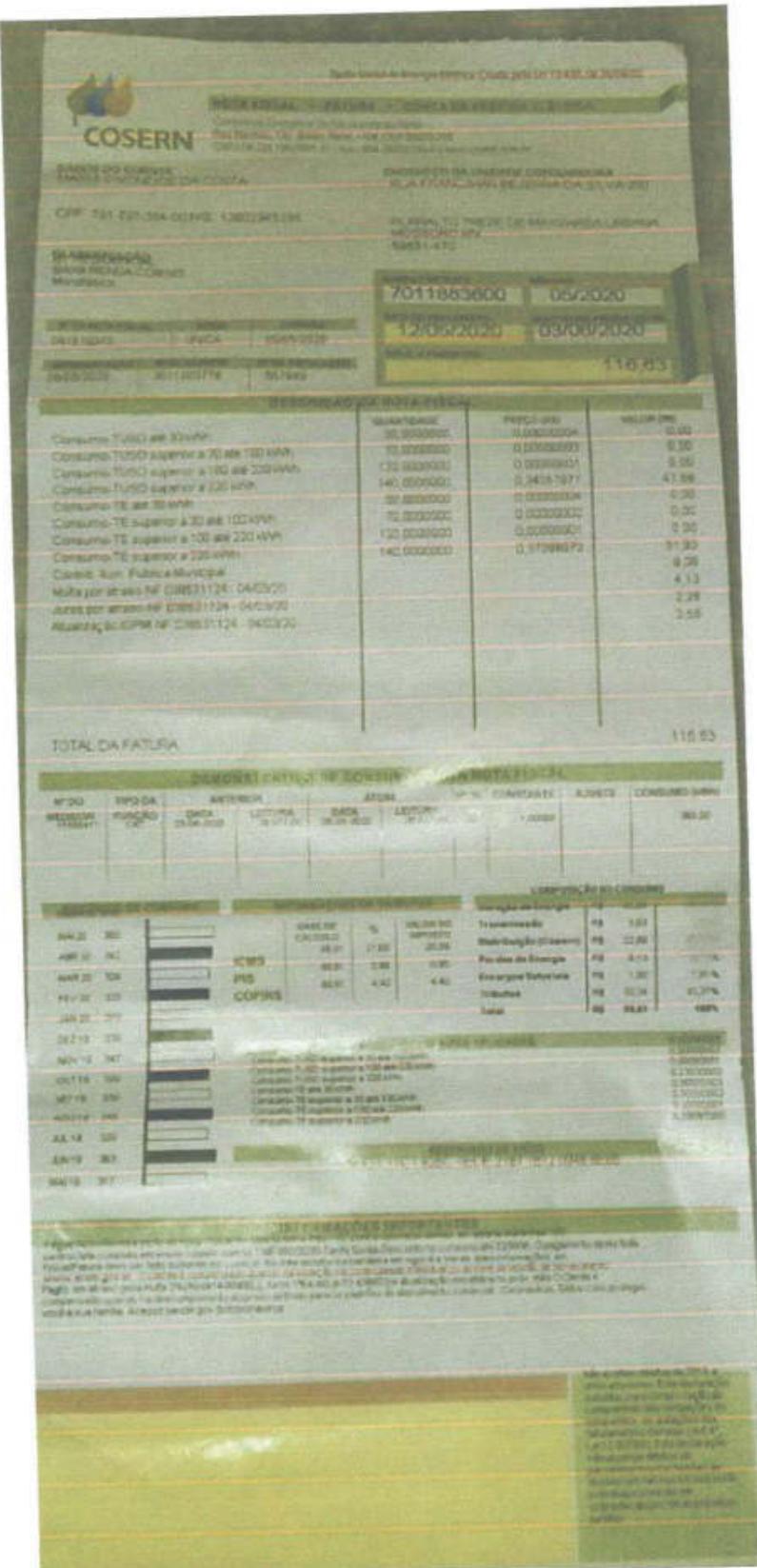
Fim atendimento à Lei 12.741/2012.  
As contribuições em FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas.

### 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!

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

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://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009290648354170000058220551>  
Número do documento: 2009290648354170000058220551

Num. 60686032 - Pág. 9



## 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/BIBLIOTECAWEB/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 falsa 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 Emanuelli da C. Caparaq inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.386.524-77, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcia Raquel F. da S. bopes inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.882.784-44, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marcia Raquel F. da S. bopes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.882.784-44, 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	Número	Complemento
<u>Rua Antônio Lucas Bezerra</u>	<u>09</u>	
<u>Belo Horizonte</u>	<u>BR</u>	<u>59604-431</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Mossoró , 25 de julho de 2020  
Local e Data

Angela Emanuelli da Costa Caparaq.  
Assinatura do Declarante



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO 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: MOSSORÓ.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: MOSSORÓ  
 Telefone: 84.98042204 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO  
 Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO

\*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO						Classificação:	PESO:		
						09/04/2020 21:00:22			
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, estúpido. Refere dor em NSC, ontem noite, espalho, dor central.  
 - Limpeza + Antisseptico + Sutura + Curativo.  
 A- Vt. Pérola, com ec  
 B- Mvt + Sutura, seca PA  
 C- FC 99 PA 130/80  
 D- ECG 15 Pz FR  
 E- Abdução, dor central, FCC e dor da sc, dolor intens, pélvis estavel.  
 ED: TC cravo + lâmina central + Rx + analg + Antialgico esp.  
 Diagn. Inicial: Fractura NCR + BMF + Osteoperda

Dr. Marcus Antônio Nogueira Melo  
 Cirurgia Geral/Endoscopia Digestiva  
 CRM-RN 1677

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
23/04/20 NCR 23:00 Belarto nro 33 mor, com lesão de estômico + quebra de moto.. evoluindo com amnésia. Ag. sanguíneo: ECG 15, com arritmias frequentes evidentes, limitação algia em NSC, nsga cervicalgia. RL de cárnia + coluna cervical dentro da normalidade. CD: Alta com orientações			
73/04/20 - Estabilização liga - OLF + ASS. I.V. C			
Dipirona 200 - ec:			
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO - MA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 01/06/2020			
B100			
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.  
 (Assinar e Carimbar)



28/06 - 201401 account 201601 0001 00000000  
BROTH COORDINATE, 20160101 00000000 0000 10000000  
20160101 00000000

**Dr. Antônio Pinheiro de F. Neto**  
**ORTOPEDIA / TRAUMAT.** CRM 1.181-RN

BatF : AS 22.40m

Pacientes vitais do que se comumente  
para transplante facil com fornimento  
ESTRUTURADO em LÍBIO SUPERIOR &  
MUCOSA ORAL. AO exame do tecido  
DE FATO NÃO HÁ SINAIS DO FON-  
TUM. → ANISSEPSIA + ARRESTO.

TUM. FEITO ANTISSEPSIA + ANEST.  
LOCAL + SUTURA. MOORGA PI CASA  
E ORIENTADA. 11/02/2018

HOSPITAL REGIONAL TARCISO DANTAS  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAIS  
ME MOSSORÓ 01/06/2020  
B1NE  
SANE/ARQUIVO

HISTORICAL RECORDS OF THE  
STATE OF MONTANA



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 avaliaçao dos achados.
- Fratura da epifise distal do radio e ulna.
- Avulsao do processo estiloide da ulna.





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. 14



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. 15



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 29/09/2020 06:48:35  
<https://pjef1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009290648354170000058220551>  
Número do documento: 2009290648354170000058220551

Num. 60686032 - Pág. 16



9804-2204



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETAN - RN** N.º **014373666187**  
**64018970/2019** 16798315848

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**

VIA 2	ODD RENAVAM 01026538613	RNTRC *****
NOME/ENDERECO MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPEZ R ANTONIO LUCAS BEZERRA, 5 BELO HORIZONTE 59.604-431 MOSSORÓ/RN		
OP/ONRN 064.862.784-44	PLACA 0977H83	NOME ANTERIOR FRANCISCO DE ASSIS GOMES DE LIMA
PLACA ANT/UF 0977H83/RN	CHASSI 3C2RB0210FR004311	ESPECIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APICAVE
MARCA/MODELO HONDA/POP100	COMBUSTIVEL GASOLINA	ANO FABR. 2014
CAP/POT/CIL. 0CV/37 CILINDRADAS	CATEGORIA PARTICULAR	ANO MOD. 2015
COR PREDOMINANTE VERMELHA		
OBSERVAÇÕES MOTOR:HB02E1F004311 AUTOMÓVEL SÓMENTE PARA TRANSFERÊNCIA GUARDE EM LOCAL SEGURO		
MOSSORÓ/RN		DATA 24/06/2019
Carão Silvestre da Silva Coordenador As Peças em Relação DETAN-RN		

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. 18

## 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 estiloide 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 álgica, 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 estiloide 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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



**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 esquerda. Avulsão do processo estiloide 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.** Nexo 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 álgica, 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 estiloide 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 ( X) 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.



Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN



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. 21

## 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

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

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

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

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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



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. 22

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Marcia Raquel Feliz da Silva Lopes  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada  
Profissão: Vendedora  
Identidade: 52.163.321-5 CPF: 064.882.784-44  
Endereço: Rua Antônio Lucas Bezerra, 09 Bairro Horizonte  
mossoro R.N.

### OUTORGADO:

Nome: Angela Emanelly da Costa Caparroz  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
Profissão: Do lar  
Identidade: 48.508.9450 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 representar-me perante a SEGURADORA LÍDER 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, poderão subscrever e praticar, assim, 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 Feliz da Silva Lopes

  
mossoro RN, 18/05/2020

Local e data

Marcia Raquel Feliz da Silva Lopes

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



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

SEGUINO OFÍCIO DE NOTAS DE MOSSORO - RN  
Rua Santos Dumont, 10 - Centro - Titular: LIVIANE MELHARA DE MENDONÇA FERREIRA  
Cont.: (84)-30213012 - E-mail: cartorio2mossoro@gmail.com

## 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

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

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

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

### 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



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. 24