

---

**Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200160283**

**Vítima: MARIA IVANILZA LOBATO SOARES**

**Data do Acidente: 06/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

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

**Senhor(a), MARIA IVANILZA LOBATO SOARES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200160283                      Vítima: MARIA IVANILZA LOBATO SOARES

Data do Acidente: 06/01/2020                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA IVANILZA LOBATO SOARES

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com a narrativa detalhada do acidente, pois o entregue não esclarece como o acidente ocorreu.
-----------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200160283

Vítima: MARIA IVANILZA LOBATO SOARES

Data do Acidente: 06/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA IVANILZA LOBATO SOARES

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: MARIA IVANILZA LOBATO SOARES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 000004705-8

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:

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0905 CONTA: 000047058

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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 (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 Lider 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 (ou 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 (vairascer)? ☐ 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 Lider 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

Assinatura digital da vítima ou representante legal

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista, RR, 17 de Abril de 2020

x Maria Ivanilza Lobato Soares

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001226/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/01/2020 11:57 Data/Hora Fim: 14/01/2020 12:44  
Origem: Órgãos Municipais Nº do Documento: 002543 Data: 06/01/2020  
Delegado de Polícia: Ronaldo Scioti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 06/01/2020 08:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Centro  
Logradouro: AV CAPITÃO JULIO BEZERRA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Não Houve

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA IVANILZA LOBATO SOARES (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 16/02/1984	Idade: 36 anos
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Ana Maria Assuncao Lobato			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 048.842.413-55

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Bairro: NOVA CIDADE

Nome Civil: LUIS AUGUSTO TEIXEIRA OLIVEIRA (ENVOLVIDO)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade: 47 anos
Estado Civil: União Estável		

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: ALCY SOUZA DO NASCIMENTO (ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 16/01/1969	Idade: 51 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista	Profissão: Funcionário Público		
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Denize Souza do Nascimento		Nome do Pai: Jesus Brandão do Nascimento	

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 67619

Endereço



Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Scioti Pinto da Silva Filho  
Impressão por: Jefferson Inácio Araújo  
Data de Impressão: 17/03/2020 11:40  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPC - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001226/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Luis Augusto Teixeira Oliveira	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

RELATO CONFORME ROP GCM Nº 002543 ANEXO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangelro Das Neves

Agente de Polícia

Matrícula 042000160

Responsável pelo Atendimento

SUPERINTENDENCIA DA GUARDA CIVIL MUNICIPAL

(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável(ais) pelas informações acima apresentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dou origem, conforme previsto nos Artigos 336 Denúnciação Unilocal e 340 Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00001226/2020-A01

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 27/07/2020 16:53:26 Data/Hora Fim: 27/07/2020 16:53:26  
 Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 06/01/2020 08:40

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
 Bairro: Centro  
 Logradouro: AV CAPITÃO JULIO BEZERRA  
 Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM FERIDOS	Não Houve

**Motivação**

Não definido

**ENVOLVIDO(S)**

Nome Civil: ALCY SOUZA DO NASCIMENTO (ENVOLVIDO )			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 16/01/1969	Idade 51
Profissão: Funcionário Público			
Estado Civil: União Estável		Naturalidade: Boa Vista	
Nome da Mãe: Denize Souza do Nascimento		Nome do Pai: Jesus Brandão do Nascimento	

**Documento(s)**

RG: 67619

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
 Logradouro: Rua Rotary  
 Bairro: Mecejana  
 Nº: 257

Nome Civil: MARLUCE DE FARIAS SHIMPO (ENVOLVIDO )			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 11/11/1946	Idade 73
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Aurora Dantas Farias			

**Documento(s)**

CPF: 176.536.902-97

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
 Logradouro: RUA IV  
 Bairro: CAMBARÁ  
 Nº: 231

Nome Civil: MARIA IVANILZA LOBATO SOARES (VÍTIMA )			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 16/02/1984	Idade 36



Impresso por: Meire Moura da Silva  
 Data de Impressão: 27/07/2020 16:54:00

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

**AUTENTICAÇÃO**  
 Certifico e dou fé, que a presente fotocópia  
 é a reprodução fiel do Original.  
 Boa Vista, 27 de julho de 2020  
*[Assinatura]*



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00001226/2020-A01

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Ana Maria Assuncao Lobato

**Documento(s)**

CPF: 048.842.413-55

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Bairro: NOVA CIDADE

**Nome Civil: LUIS AUGUSTO TEIXEIRA OLIVEIRA (ENVOLVIDO)**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 47

Estado Civil: União Estável

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

**Razão Social: SUPERINTENDENCIA DA GUARDA CIVIL MUNICIPAL (COMUNICANTE)**

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Insp. Paulo Francisco Rocha /

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

**Grupo** Veículo

**CPF/CNPJ do Proprietário** 437.979.033-91

**Renavam** 00412622890

**Número do Chassi** 9C2KC1670CR458959

**Cor** CINZA

**Marca/Modelo** HONDA/CG 150 FAN ESI

**Veículo Adulterado?** Não

**Situação** Meio Empregado

**Situação do Veículo** REST.BEN.TRIBUTARIO

**Subgrupo** Motocicleta/Motoneta

**Placa** NAU9259

**Número do Motor** KC16E7C458959

**Ano/Modelo Fabricação** 2012/2011

**UF Veículo** RR

**Modelo** HONDA/CG 150 FAN ESI

**Quantidade** 1 Unidade

**Última Atualização Denatran** 11/12/2018

**Nome Envolvido**

Luis Augusto Teixeira Oliveira

**Envolvimentos**

Proprietário

**Grupo** Veículo

**CPF/CNPJ do Proprietário** 225.303.802-44

**Renavam** 00973722282

**Número do Chassi** 9BD19251R93077625

**Número da Carroceria** 71675185

**UF Veículo** RR

**Marca/Modelo** FIAT/STILO SPORTING DUAL

**Veículo Adulterado?** Não

**Situação** Envolvido

**Situação do Veículo** NADA CONSTA

**Subgrupo** Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

**Placa** NOJ2907

**Número do Motor** S1\*0388660\*

**Ano/Modelo Fabricação** 2009/2008

**Cor** AMARELA

**Município Veículo** Boa Vista/RR

**Modelo** FIAT/STILO SPORTING DUAL

**Quantidade** 1 Unidade

**Última Atualização Denatran** 30/05/2019

**Nome Envolvido**

**Envolvimentos**



Impresso por: Meire Moura da Silva

Data de Impressão: 27/07/2020 16:54:00

Página 2 de 3

PPS - Procedimentos Policiais Eletrônicos

**AUTENTICAÇÃO**

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia  
 é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 27 de julho de 2020

Assinatura





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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00001226/2020-A01

Nome Envolvido	Envolvimentos
Alcy Souza do Nascimento	Proprietário

**RELATO/HISTÓRICO**

¿SENHOR (A) DELEGADO (A) INFORMO que em patrulhamento no local e hora acima citados esta guarnição se deparou com um acidente, onde o 01 item estava ao solo com algumas escoriações, e que foi acionado unidade do SAMU no local, VTR 03, e o item 01 foi conduzido ao grande trauma. Informo que o veículo de placa NAU-9259, NOJ-2907 trafegava na AV. capitão Júlio, sentido bairro foi quando o veículo de placa NOJ2907 trocou de faixa sem sinalizar, onde provocou o acidente, que não foi acionado a perícia pois o local do acidente estava violado. Que as partes entraram em acordo. Diante dos fatos está sendo entregue esta relatório para a este DP para providências cabíveis. ¿

RELATO CONFORME ROP GCM Nº 002543 ANEXO.

llllllll

**AUTENTICAÇÃO**  
 Certifica e dou fé, em documento fotostática  
 é a reprodução fiel do original.

Boa Vista, 27 de julho de 2020.

*Meire Moura da Silva*  
 Escrivão de Polícia  
 Matrícula 42000511

Responsável pelo Atendimento

**ASSINATURAS**

SUPERINTENDENCIA DA GUARDA CIVIL MUNICIPAL

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SEGURANÇA URBANA E TRÂNSITO  
SUPERINTENDÊNCIA DA GUARDA CIVIL MUNICIPAL

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - SÉRIE - Nº 002543

Vtr	SUCp	Data	Si/Setor	H/Tran	H/Ini	H/Ch	H/Fin
51	GTAM	06.01.2020	-----	08:40	08:40	08:40	10:11

Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini	Km/Fin
-----	-----	-----	2195	2206

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Av/Rua	Bairro	Ponto de Referência
AV: CAPITAO JULIO BEZERRA	CENTRO	HOSPITAL CORONEL PINTO

PESSOAS RELACIONADAS

1	ENVOLVIDO	Nome	MARIA IVANILZA LOBATO SOARES	Idade	35	E. Civil	UNIAO ESTAVEL
	Endereço	Nº	444	Bairro	NOVA CIDADE		
	CPF	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	Profissão	AUTONOMO		
2	ENVOLVIDO	Nome	LUIZ AUGUSTO TEIXEIRA OLIVEIRA	Idade	47	E. Civil	UNIÃO. EST.
	Endereço	Nº	444	Bairro	NOVA CIDADE		

3	ENVOLVIDO	Nome	ALCY SOUZA DO NASCIMENTO	Idade	50	E. Civil	SOLTEIRA
	Endereço	RUA ROTARY	Nº	257	Bairro	MECEJANA	
3	TESTEMUNH A	Nome	MARLUCE DE FARIAS SHIMPO	Idade	73	E. Civil	CASADA
	Endereço	RUA IV	Nº	231	Bairro	CAMBARA	

ARMAS, OBJETOS, VALORES E MATERIAIS APREENDIDOS

RECEBI:

ASSINATURA	<i>[Signature]</i>	CARGO	ACPA	LOCAL	DAT
------------	--------------------	-------	------	-------	-----

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

SENHOR (A) DELEGADO (A) INFORMO que em patrulhamento no local e hora acima citados esta guarnição se deparou com um acidente, onde o 01 item estava ao solo com algumas escoriações, e que foi acionado unidade do SAMU no local, VTR 03, e o item 01 foi conduzido ao grande trauma. Imformo que o veiculo de placa NAU9259, NOJ2907 trafegava na AV:capitão julio, sentido bairro foi quando o veiculo de placa NOJ2907 trocou de faixa sem sinalizar, onde provocou o acidente, que não foi acionado a pericia pois o local do acidente estava violado. Que as partes entraram em acordo. Diante dos fatos está sendo entregue este relatório para a este DP para as providências cabíveis.

Nome	Matricula	Assinatura	Post / Grad.	SUOp
PAULO FRANCISCO ROCHA	14721	<i>[Signature]</i>	Inspetor	GTAM

CONFERE COM ORIGINAL  
EM: 05/06/2020  
Ass: *[Signature]*

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 048.842.413-55 4 - Nome completo da vítima: Maria Ivanilza Lobato Soares

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

5 - Nome completo: Maria Ivanilza Lobato Soares 6 - CPF: 048.842.413-55  
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Campina Nova Cidade 9 - Número: 444 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Nova Cidade 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 99113-3855

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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0905 CONTA: 000047058

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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 (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 Lider 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 (ou 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 (vairascer)? ☐ 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 Lider 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

Assinatura digital da vítima ou representante legal

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista, RR, 17 de Abril de 2020  
x Maria Ivanilza Lobato Soares

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: MARIA IVANILZA LOBATO SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000004705-8

---

Nr. da Autenticação 4F5C91BEB0297335



CNPJ: 15.309.457/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.855.426-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 03.308-419

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

Matrícula: 1176951

Janeiro/2020

Dados do Cliente:  
BRUNO MATOS DA ROCHA

Endereço para entrega:  
RUA CAMPINAS, NÚM. 00442 - NOVA CIDADE B  
DA VISTA RR 69316-168

Inscrição 001.025.065.0015.000 Rota 13 Seq.Rota 622 Quantidade de Economias 1 RESIDENCIAL  
Hidrômetro NÃO MEDIDO Data de instalação Situação Água LIGADO Situação Esgoto FACTIVEL  
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m3) NUM DE DIAS  
LEITURA FAT. 10 0  
LEITURA INF.  
DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS  
201912 10-0  
201911 10-0  
201910 10-0  
201909 10-0  
201908 10-0  
201907 10-0  
MEDIA 10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostragens Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5468 - 2005 Q.M					
ANÁLISE	CLORO	TURBID. (NTU)	COR	C.TOT (mg/L)	E.COLI
EXIGIDO	100	100	100	100	100
ANALISADO	109	109	109	109	109
CONFORME	109	109	109	109	109

DESCRICAÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3 23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019

0,57

VENCIMENTO: 15/02/2020

TOTAL A PAGAR

24,40

AVISO: EM 30/11/2019 CONSTA DÉBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO

Via do Cliente

**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: 4853965

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>19-FEB-20 a 23-MAR-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>675</b>	VENCIMENTO <b>06-APR-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>

**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**

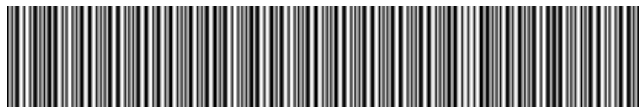
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059





Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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/B:BLIOTECAWEB/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 COAP<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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria Izabelza Roberto Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.842.413 55

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria Izabelza Roberto Soares

inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.842.413 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresenta 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 CC 18</u>	Número: <u>295</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Boa Vista</u>	Cidade: <u>RR</u>	CEP: _____
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>		Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 17 de Abril de 2020

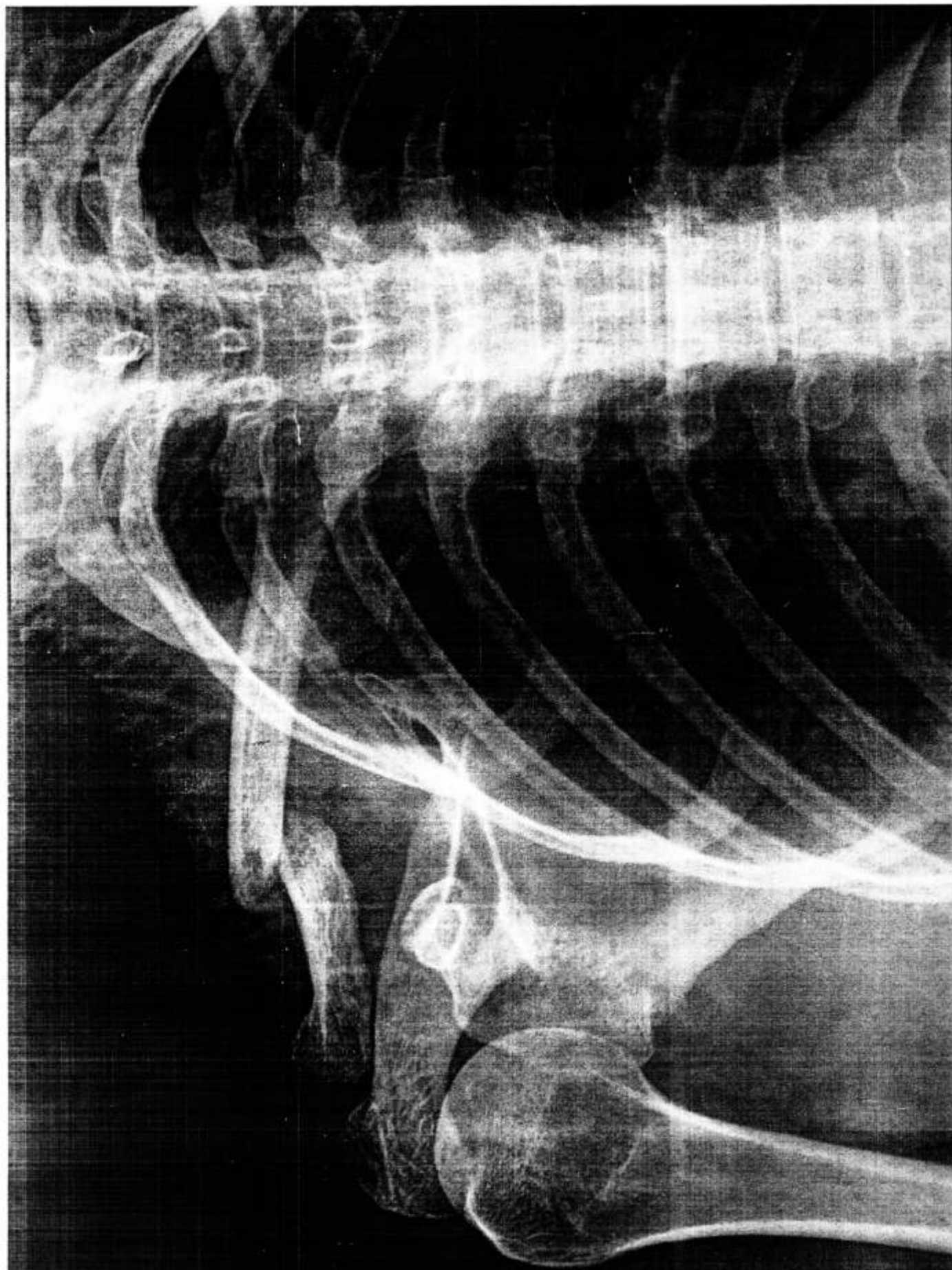
William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante





D



MARIA IVANILZA LOBATO

2602

HOSPITAL CORONEL MOTA

05/03/2020

Vilson

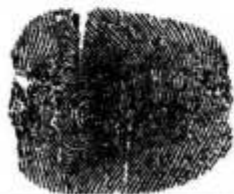
99.5 %



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



*William Gonçalves Franco*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

239717

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

**WILLIAM GONÇALVES FRANCO**

FILIAÇÃO

**GERALDO ROCHA FRANCO**

**MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO**

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

**SANTA INÊS - MA**

**09/12/1978**

DOC. ORDEM

**CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35**

**2 OF BOA VISTA - RR**

**825.396.343-20**

**AMADEU ROCHA TRIANI**

**2 VIA**

Perito Papiloscópico do Polícia Civil  
Diretor de Ident.

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-RR Nº 013774706645  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COC/RENAVAM RNTC EXERCÍCIO  
01 0041252890 2018

CUIS RUBENS TEIXEIRA DE OLIVEIRA

437.979.8344 PLACA  
N009259

PLACA ANT/UF CHASSI  
9C2XC1670GR458959

ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLISTA 150 CC/ALCO/BASOL

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD  
HONDA/CG 150 EAN ESI 2011 2012

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/0149CC/ PARTICU CINZA

I P V A	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
	*PAGO*	*PAGO*	1ª *****
	PARCELAMENTO	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *****
	** PAGO COTA UNICA **		3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
3.7 8185.5 08/11/2018

SEM RESERVA PROIB SAIR DA R  
MAZ OCTO L02

MUCAJAI-RR DATA  
12/12/2018

RR Nº 013774706645 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 12/12/2018

RENAVAM MARCA/MODELO  
00-12662890 HONDA/CG 150 EAN ESI

CHASSI  
9C2XC1670GR458959

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$11.29	R\$9.03	R\$20.33
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IPF (R\$)	TOTAL SEGURO SEGURO (R\$)
R\$4.15	R\$0.7	R\$25.5
PAGAMENTO	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/>	02/11/2018

SEGURADORA LIDER DPVAT

013774706645  
04289180

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200160283 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA IVANILZA LOBATO SOARES **Data do acidente:** 06/01/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 07/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE CLAVÍCULA DIREITA ( PAG.01.02)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.( PAG.02)

**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:** X

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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124871/20

**Vítima:** MARIA IVANILZA LOBATO SOARES

**CPF:** 048.842.413-55

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 06/01/2020

**Titular do CPF:** MARIA IVANILZA LOBATO SOARES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

### MARIA IVANILZA LOBATO SOARES : 048.842.413-55

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: 28/04/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/04/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE :**


NOME: Maria Brânquia Roberto Soares  
NACIONALIDADE: Brasileira  
ESTADO CIVIL: Solteira  
PROFISSÃO: Doméstica  
Nº DO RG: 23.192.163.002-8 ÓRGÃO EMISSOR: SE-SP  
DATA DE EMISSÃO: 17/11/2002  
Nº CPF: 048.842.413-55  
ENDEREÇO: Rua: Campina Nova, Cidade 444

OLITORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco  
NACIONALIDADE: Brasileira  
ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: Autônomo  
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SGP-RR  
DATA DE EMISSÃO: 13.11.16  
Nº CPF: 823.396.343-80  
ENDEREÇO: Rua CC 18, 395, Laura Moreira

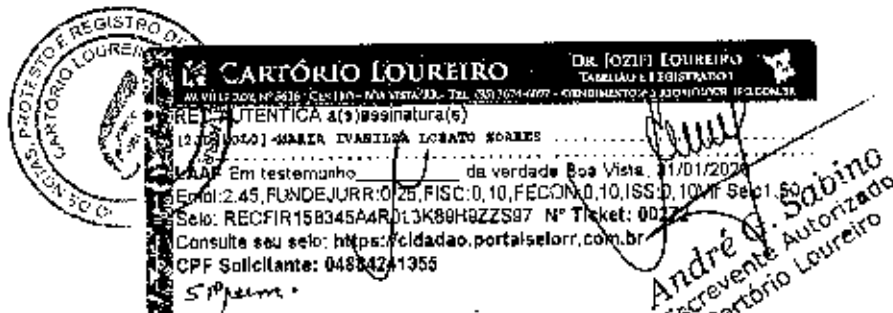
**PODERES:**

Para requerer o seguro DPVAT por invalido, 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 RR 31 de Janeiro de 2020

Maria Vanilza Leobato Soares  
Assinatura

**Obs – Reconhecimento por autenticidade.**



NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124871/20

**Número do Sinistro:** 3200160283

**Vítima:** MARIA IVANILZA LOBATO SOARES

**CPF:** 048.842.413-55

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 06/01/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA IVANILZA LOBATO SOARES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 04/08/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/08/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO