

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 29 de 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



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, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 19 de 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%

% Invalidé Permanent 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 POUUPANCA

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.

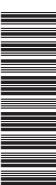
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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:

**048.842.413-55**

4 - Nome completo da vítima:

**Maria Ivanilza Soárez Soárez**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)- CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

**Maria Ivanilza Soárez Soárez**

6 - CPF:

**048.842.413-55**

7 - Profissão:

**Mercante**

8 - Endereço:

**Rua Campanas noite cidade 414 casa**

9 - Número:

**414**

10 - Complemento:

11 - Bairro:

**Nova Piedade**

12 - Cidade:

**Bonito**

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:

REUSSO 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:

**0905**

CONTA:

**00004705 3**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 6.190/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.190/74.

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 resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima:

Sim

Não

Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro/vainzeiro?

Sim

Não

31 - Vítima:

Sim

Não

32 - Se tinha Irmãos, Informar

teve filhos?

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, 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 de seu 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

**Bonito PR 17 de abril de 2020**

**x Maria Ivanilza Soárez Soárez**

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

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA VANILZA LOBATO SOARES (VÍTIMA )	Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 16/02/1964	Idade: 36 anos
Estado Civil: União Estável				
Nome da Mãe: Ana Maria Assuncao Lobato				

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 046.842.413-55

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
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 Grangello Das Neves  
Agente de Polícia  
Matrícula 042000160  
Responsável pelo Acondicionamento

SUPERINTENDENCIA DA GUARDA CIVIL MUNICIPAL  
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins que sou o(s) único(s) responsável pelos informações acima apresentadas e que que poderei responder civil e criminalmente pela presença declarada que do origem, conforme previsto nos Artigos 336, Renúncia, Culposa e 360-Comunicação Falsa de Crime ou de Conluio previstos no 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 Policia: 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

Nº: 257

Bairro: Mecejana

**Nome Civil: MARLUCE DE FARIA 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

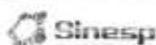
Logradouro: RUA IV

Nº: 231

Bairro: CAMBARÁ

**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

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

Boa Vista, 27 de Julho de 2020  
*Ronaldo Sciotti Pinto da Silva*



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA 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

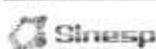
**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 437.979.033-91	Placa NAU9259
Renavam 00412622890	Número do Motor KC16E7C458959
Número do Chassi 9C2KC1670CR458959	Ano/Modelo Fabricação 2012/2011
Cor CINZA	UF Veículo RR
Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI	Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	Última Atualização Denatran 11/12/2018
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Luis Augusto Teixeira Oliveira	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 225.303.802-44	Placa NOJ2907
Renavam 00973722282	Número do Motor S1*0388660*
Número do Chassi 9BD19251R93077625	Ano/Modelo Fabricação 2009/2008
Número da Carroceria 71675185	Cor AMARELA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista/RR
Marca/Modelo FIAT/STILO SPORTING DUAL	Modelo FIAT/STILO SPORTING DUAL
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 30/05/2019
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Impresso por: Meire Moura da Silva

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

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

AUTENTICAÇÃO

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

Boa Vista, 22 de Julho de 2020  
*Meire Moura da Silva*



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA 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.

\*\*\*\*\*

**AUTENTICADA**

**ASSINATURAS**

Corriente e dou fi, que a assinatura fotocópiada  
é a reprodução fiel.

Boa Vista, 27 de Julho de 2020

*Meire Moura da Silva*  
Meire Moura da Silva  
A.º Escrivão de Polícia  
Matrícula 42000511  
Responsável pelo Atendimento

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-Denúncia 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	S/Setor	H/Tra	H/Ini	H/Ch	H/Fim
51	GTAM	06.01.2020		08:40	08:40	08:40	10:11

Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini	Km/Fim
			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	UNIÃO ESTAVEL
Endereço	Nº	444	Bairro	NOVA CIDADE			
CPF	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	Profissão	AUTONOMO			
2	ENVOLVIDO	Nome	LUÍZ 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	TESTEMUNHA	Nome	MARLUCE DE FARIA SHIMPO	Idade	73	E. Civil	CASADA
Endereço	RUA IV		Nº	231	Bairro	CAMBARÁ	

ARMAS, OBJETOS, VALORES E MATERIAIS APREENDIDOS

RECEBI:	<i>Guilherme</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. Informo que o veículo de placa NAU9259, NOJ2907 trafegava na AV:capitão julio, 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 este relatório para a este DP para as providências cabíveis.

Nome	Matrícula	Assinatura	Post / Grad.	SUOp
PAULO FRANCISCO ROCHA	14721	<i>Paulo Francisco Rocha</i>	Inspetor	GTAM

CONFERE COM ORIGINAL  
EM: 05/06/2020  
Ass: *Marilia 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:

**048.842.413-55 Maria Ivanilza Soares**

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

**Maria Ivanilza Soares**

6 - CPF:

**048.842.413-55**

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

9 - Número:

10 - Complemento:

Braúnta

RR

9114

case

99113-3855

## DADOS CADASTRAIS

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:

REUSSO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0905

CONTA:

00004705 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0905

CONTA:

00004705 3

(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 SÓMENTE 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 6.190/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.190/74.

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 resultado.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima:

Sim

Se tinha filhos, informar

leve filhos:

Vivos: Falecidos:

Não

29 - Vítima deixou

nascituro (ainascer)?

Sim

Não

30 - Vítima teve

irmãos?

Sim

31 - Vítima

teve filhos?

Sim

Não

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, 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 de seu 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Braúnta PR 17 de abril de 2020**

**x Maria Ivanilza Soares**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: 00000004705-8

---

Nr. da Autenticação 4F5C91BEB0297335



CNPJ: 15.839.487/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.825.426-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69306-410

ATENDIMENTO  
CAE  
0800 230 9520  
[www.caesul.com.br](http://www.caesul.com.br)

Matrícula: 1176951 Janeiro/2020

Dados do Cliente:  
BRUNO MATOS DA ROCHA

Endereço para entrega:  
RUA CAMPINAS, NUM. 08442 - NOVA CIDADE B  
DA VISTA RR 69316-168

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.025.065.0015.000	13	622	RESIDENCIAL 1
Hidrômetro NÃO MEDIDO	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
		LIGADO	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 Requisições Realizadas na Rede de Distribuição DECRETO FEDERAL N.º 5446 - 2005 G.M.					
MICROBIO	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOT/HS	E.COLI
EXIGIBIL	100	100	100	100	100
ANALISADAS	100	100	100	100	100
CONFORMES	100	100	100	100	100

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	10 M3	23,83
CONSUMO DE AGUA		

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019	0,57
--------------------------------	------

VENCIMENTO:

15/02/2020

TOTAL A PAGAR

24,40

AVISO: EM 30/11/2019 CONSTA DEBITO 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

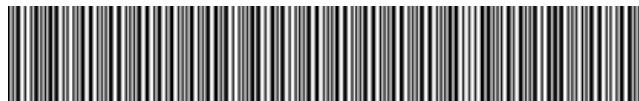
**RORAIMA ENERGIA**

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>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059



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

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 81 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<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 RESEGUERO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM PÔR FIRMADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS Ocorrências SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves França  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.376.343 / 02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Maria Iraniela Lobato Soares inscrito (a) no CPF sob o N° 048.842.413 55,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria Iraniela Lobato Soares  
inscrito (a) no CPF sob o N° 048.842.413 / 80, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua CC 18</u>	Número:	<u>395</u>	Complemento:		
Bairro:	<u>Laura Motte</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	
E-mail:	<u>Wkramlo992@gmail.com</u>				CEP:	<u>69911-3855</u>
Tel.(DDD): <u>(69) 9911-3855</u>						

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

William Gonçalves França

Assinatura do Declarante





D

MARIA IVANILZA LOBATO  
HOSPITAL CORONEL MOTA

2602

05/03/2020

99.5 %

Vilson



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO:

13/10/2016

REGISTRO GERAL

239717

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATIVIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Portaria Presidencial do Município de Boa Vista - RR

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1



# 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

**Valorização 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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124871/20

**Vítima:** MARIA IVANILZA LOBATO SOARES

**CPF:** 048.842.413-55

**CPF de:** Próprio

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

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

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

## 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 Vanilza Lobato Soares  
 NACIONALIDADE: Brasileiro  
 ESTADO CIVIL: Ocupado  
 PROFISSÃO: Mamãe  
 Nº DO RG: 23192163002-8 ÓRGÃO EMISSOR: SEGP-  
 DATA DE EMISSÃO: 17/11/2002  
 Nº CPF: 048.842.413-55  
 ENDEREÇO: Rua: Campinas nova Cidade 444

## OUTORGADA :

NOME: Willigson Gonçalves Krane  
 NACIONALIDADE: Brasileiro  
 ESTADO CIVIL: Casado  
 PROFISSÃO: Estudante  
 Nº DO RG: 2391717 ÓRGÃO EMISSOR: SESI-RJ  
 DATA DE EMISSÃO: 13-11-16  
 Nº CPF: 825.396.343-80  
 ENDEREÇO: Rua: 2213, 395, laura Moreira

## PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, 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.



Bonfim RR 31 de Januari de 2020

Maria Vanilza Lobato Soares  
 Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



CARTÓRIO LOUREIRO		Dr. (OZIR) LOUREIRO TAMPAZO E REGISTRADOR
Av. Vila 300, nº 2016 - Centro - Rio Vista/RS - Tel.: (51) 3244-4407 - ENDEREÇO: Rua Júlio de Andrade, 100 - Centro - Rio Vista/RS		
CÓPIA AUTÉNTICA de(s) assinatura(s)		
(2014-01-30) MARIA VANILZA LOBATO SOARES		
CPF: 048.842.413-55		
Data: 30/01/2014		
Carimbo: André S. Sabino		
Assinatura: André S. Sabino		
Nota: O carimbo é eletrônico de reconhecimento. Dou fé.		

*André S. Sabino*  
 Escrivente Autorizado  
 Cartório Loureiro

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/01/2020

Titular do CPF: MARIA IVANILZA LOBATO SOARES

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

## 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