

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, 03 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200313818**

**Vítima: TEREZINHA DUARTE DE LIMA**

**Data do Acidente: 07/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES**

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

**Senhor(a), TEREZINHA DUARTE DE LIMA**

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



# 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:

29142350204

4 - Nome completo da vítima:

TEREZINHA DUARTE DE LIMA

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

5 - Nome completo:

TEREZINHA DUARTE DE LIMA

6 - Número:

29142350204

7 - Profissão:

DIARISTA

8 - Endereço:

R : ESTRELA CADENTE

9 - Número:

7625

11 - Bairro:

RAIAZ DO SOL

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69317124

15 - E-mail:

MUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.N. com

16 - Tel. (DDD):

95991168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

5076

CONTA:

8

AGÊNCIA: 5076

CONTA: 21. 333

(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 Medico 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 prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  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 teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nasduturo (vai nascer)?  Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidos, 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:

BOA VISTA, 20/08/2020.

TEREZINHA DUARTE DE LIMA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA ONLINE DE RR  
ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 5577/2020 - Registrado em: 29/06/2020 às 13h 02min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 07/05/2020 às 18h 30min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: SEBASTIÃO DINIZ

Nº: S/N

CEP:

Bairro: SAO VICENTE

Tipo de local:

Referência: SEMÁFORO DA AVENIDA DAS GUIANAS

Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

TEREZINHA DUARTE LIMA(52), nascido(a) em 18/08/1967, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de DIARISTA, CPF Nº 291.423.502-04, País: BRASIL, natural de MANACAPURU-AM, filho(a) de NILA JORGE DUARTE e VICENTE RODRIGUES DE LIMA, endereço: ESTRELA CADENTE, Nº: 762, bairro: RAIAR DO SOL, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99904-1391.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

COMUNICO QUE NO DIA 07 DE MAIO DE 2020 APROXIMADAMENTE AS 18:30H NA AVENIDA SEBASTIÃO DINIZ - BAIRRO SÃO VICENTE, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES DE PLACA: NAP1197 CHASSI: 9C2JA04208R126003 DE PROPRIEDADE DA SENHORA GABRIELLE FERREIRA ANDRADE, QUE IA SENTIDO CENTRO/BAIRRO QUANDO AO CHEGAR NO SEMÁFORO DO CRUZAMENTO DA AVENIDA SEBASTIÃO DINIZ COM AVENIDA DAS GUIANAS PAREI A MOTO PORQUE O SINAL ESTAVA VERMELHO MOMENTO EM QUE UM VEÍCULO QUE VINHA LOGO ATRÁS BATEU NA TRASEIRA DA MOTOCICLETA OCASIONANDO O ACIDENTE. NÃO SEI INFORMAR DADOS DO OUTRO VEÍCULO PORQUE O MESMO EVADIU-SE DO LOCAL. APÓS O OCORRIDO FUI SOCORRIDA POR TERCEIROS ATÉ O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA PARA ATENDIMENTO MÉDICO. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLICIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

ROGERIO FERREIRA DA SILVA  
AGENTE DE POLICIA  
MATRÍCULA: 050069788  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

*Terezinha Duarte Lima*  
TEREZINHA DUARTE LIMA  
COMUNICANTE

# 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:  
**29142350204**

4 - Nome completo da vítima:  
**TEREZINHA DUARTE DE LIMA**

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

5 - Nome completo: **TEREZINHA DUARTE DE LIMA** 6 - Número: **29142350204**  
 7 - Profissão: **DIARISTA** 8 - Endereço: **R: ESTRELA CADENTE** 9 - Número: **7625** 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: **RAIAZ DO SOL** 12 - Cidade: **BOA VISTA** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69317124**  
 15 - E-mail: **MUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.N.COM** 16 - Tel. (DDD): **95991168367**

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **5076**

CONTA: **8**

AGÊNCIA: **21. 333**

(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 Medico 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 prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasduturo (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidos, 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,

**BOA VISTA, 20/08/2020.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome:

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

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

Assinatura da testemunha

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: 11/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: TEREZINHA DUARTE DE LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05076-8

CONTA: 000000021333-0

---

Nr. da Autenticação CF9A3C114DD42A64



CNPJ: 05.538.467/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 28.665.426-3  
RUA MÉLVIN JONES, 213 - SÃO PEDRO - CEP. 63.355-615

ATENDIMENTO  
CAERR  
0800 260 9520  
[www.caerr.com.br](http://www.caerr.com.br)

Matrícula: 503975

Fevereiro/2020

Dados do Cliente:

AV. NUNO DE SOUZA GOMES

Endereço para entrega:

RUA ESTRELA CADENTE, 762 - RAIAZ DO SOL  
BOA VISTA RR 69317-124

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.032.082.0022.000	9	1240	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Águas	Situação Esgoto
NÃO-MEDIDO		LIGADO	POTENCIAL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.		10	0
LEITURA INF.			
DT. LEITURA			

ULTIMOS CONSUMOS

202001	10-8
201912	10-8
201911	10-8
201910	10-8
201909	10-8
201908	10-8
MEDIA	10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Inspecções das Águas Realizadas na Rede de Distribuição DECRETO FEDERAL N.º 5448 - 2005 G.JR					
ANDBRAS	CLORO	TURBIDEZ	CSR	C.TOTBR	E.COLI
BTG1040	100	100	100	100	100
ANALISADOR	242	242	242	242	242
CONFORME	242	242	242	242	242

DESCRICAO

CONSUMO TOTAL(R\$)

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

10 M3 23,83

TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 01/2020

4,77

MULTA P/IMPONTUALIDADE 12/2019

0,47

VENCIMENTO:

15/03/2020

TOTAL A PAGAR

29,07

AVISO: EM 31/12/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

Via do Cliente

Via do Díz



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
503975	02/2020	15/03/2020	29,07

82650000000- 3 29070004001- 4 00050397501- 3 02202020003- 0



**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: 5241601

**ANTONIO LOPES DA S FILHO**

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>539180</b>	MÊS <b>05/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>23-APR-20 a 21-MAY-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>1141</b>	VENCIMENTO <b>17-JUN-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 932,19</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>539180</b>	MÊS <b>05/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 932,19</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836800000090.321900750001.000000000539.918005200053



## 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 91 35

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MUANNA AMORIM DE S. LOPES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 2943163825, 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

TEREZINHA DUARTE DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 201423502, 04

do sinistro de DPVAT cobertura INVANDEZ da Vítima TEREZINHA DUARTE LIMA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 2943163825, 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

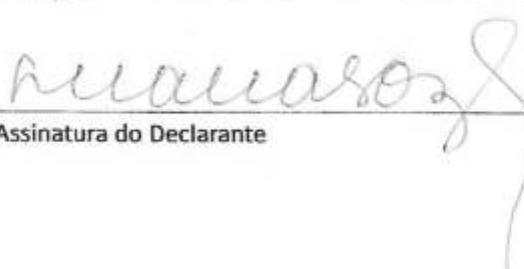
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

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:	R: SDPM JACINTO SILVA	Número:	359	Complemento:
Bairro:	BARANA	Cidade:	BOA VISTA	Estado: RR CEP: 69313572
E-mail:	muanna.souza71@hotmail.com	Tel.(DDD):	95991168367	

Local e Data: BOA Vista, 20/08/2020

  
Assinatura do Declarante



E



TEREZINHA DUARTE DE LIMA

3853

Marcos  
Tam real

15/05/2020

HOSPITAL CORONEL MOTA



E



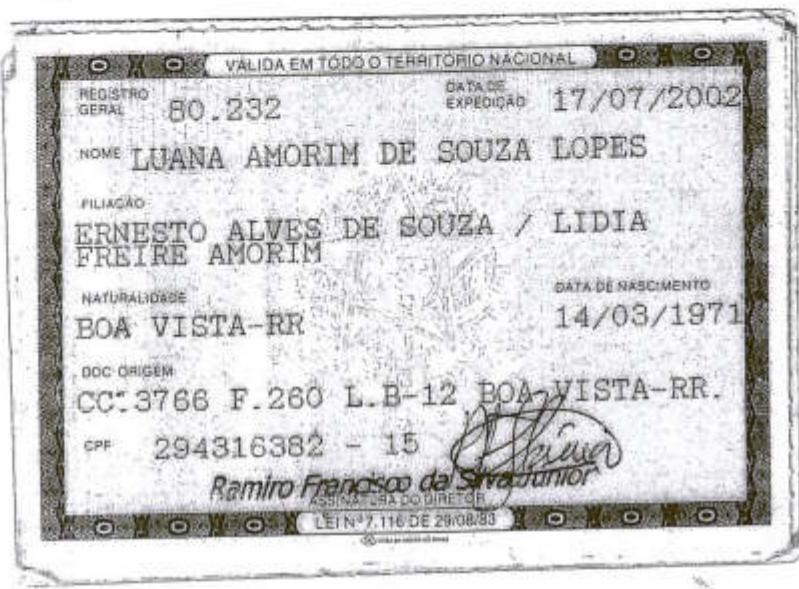
TEREZINHA DUARTE DE LIMA

3853

Marcos  
Tam real

15/05/2020

HOSPITAL CORONEL MOTA





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	<b>586578-6</b>	DATA DE EXPEDIÇÃO	12/03/2020
NOmE	<b>TEREZINHA DUARTE DE LIMA</b>		
FILHO(A)	VICENTE RODRIGUES DE LIMA NINA JORGE DUARTE NATURALIZADA MANACAPURU - AM DOC. CRÉDITO CERTID NASC 2272 FLS 124 LIV A-308 1º OF MANAUS-AM OFF	DATA DE NASCIMENTO	<b>18/08/1967</b>
PIS/PASEP:	<b>291.423.502-04</b>		
1ª VIA	<b>AMADU ROCHA TRIANI</b> Poder Civil Naturalizado Data de Nasc. LEIN 7.116 DE 28/08/83		
CARTeIRA DE IDENTIDADE			

LIBIDO PLASTIFICAR



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246564/20

**Vítima:** TEREZINHA DUARTE DE LIMA

**CPF:** 291.423.502-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/05/2020

**Titular do CPF:** TEREZINHA DUARTE DE LIMA

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

### TEREZINHA DUARTE DE LIMA : 291.423.502-04

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: 01/09/2020  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

\_\_\_\_\_  
LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

\_\_\_\_\_  
SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: TEREZINHA DUARTE DE LIMA  
Identidade: 586578-61RR  
Nacionalidade: BRASILEIRA  
Profissão: DIARISTA  
Endereço: R: ESTRENA CADENTE, 702 - RAIAR SOL

### OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADA  
Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA Identidade: 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15  
Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

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 LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 26/05/2020



Terezinha Duarte de Lima

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO LOUREIRO

AV. VILLE BOY, 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-4097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC AUTENTICA a(s)assinatura(s)

TEREZINHA DUARTE DE LIMA

V.S Em testemunho / MM da verdade Boa Vista, 26/05/2020

Empl.2.56, FUNDEJ/RR:0.26, FISC:0.13, FECON:0.13, ISS:0.13 Vlr. Seio 1500

Selo: RECFIR158345GFJK3KAGLGX9413 N° Ticket: 00003

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>

CPF Solicitante: 29142350204

DR. JOZIEL LOUREIRO  
TABELIÃO E REGISTRADOR  
ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR  
Mayberry C. C. Lisboa  
Escrivente Autorizada  
Cartório Loureiro

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200313818 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: TEREZINHA DUARTE DE LIMA Data do acidente: 07/05/2020 Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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

Data da análise: 08/09/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.1)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>