
Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717751

Vítima: MARIA NOEMIA DE LIMA

Data do Acidente: 02/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA NOEMIA 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, 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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717751

Vítima: MARIA NOEMIA DE LIMA

Data do Acidente: 02/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA NOEMIA 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, 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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717751

Vítima: MARIA NOEMIA DE LIMA

Data do Acidente: 02/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA NOEMIA DE LIMA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717751

Vítima: MARIA NOEMIA DE LIMA

Data do Acidente: 02/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA NOEMIA DE LIMA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **MARIA NOEMIA DE LIMA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000534**

Conta: **000000107258-2**

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.

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:

220-197-072-68

Maria Nelmia de Lima Silva

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 Nelmia de Lima Silva
6 - CPF: 220.197.072-68
7 - Profissão: Recebedor - me
8 - Endereço: R. Francisco Vieira
9 - Número: 160
10 - Complemento:
11 - Bairro: Floresta Sul
12 - Cidade: Rio Branco
13 - Estado: AC
14 - CEP: 69.906-233
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): (68) 99964-6499

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR 99989-4388

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0534 053 CONTA: 00307258 2
(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 (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (ou menor)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Branco - AC, 22/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



6277 8016 2184 7379

MARIA NOEMIA LIMA SILVA
0534 013 00107258-2

10/21

e!c



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DIVISÃO ESPECIALIZADA DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 048647/2019-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/12/2019 14:29 Data/Hora Fim: 23/12/2019 14:30
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Martin Filius Cavalcante Hessel

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Divisão Especializada de Investigação Criminal
Data/Hora do Fato: 02/04/2016 18:33 (Data Aproximada)

Local do Fato

Município: Epitaciolândia (AC)
Logradouro: RUA MADRE PAULINO
Complemento: PROXIMO AO GINAGIO

Bairro: Aeroporto

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLAUDEMIR FACUNDO LIRA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR (AUSENTE), CONDUTOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 10/03/1980

Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RUA SANTA CATARINA
Bairro: AEROPORTO
Telefone: (68) 99973-0489 (Celular)

Nº: 211

Nome Civil: MARIA NOEMIA DE LIMA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AC - Brasília

Sexo: Feminino

Nasc: 24/04/1962

Profissão: Não Informado

Estado Civil: Sem Informação

Nome da Mãe: Maria Lucile de Lima

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RUA CAP PEDRO VASCONCELOS
Telefone: (68) 99964-6499 (Celular)

Nº: 374

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

CPF/CNPJ do Proprietário 779.451.312-04

Placa NAG6581

Renavam 00992621321

Número do Motor 4M41UCBB8004

Número do Chassi 93XSNKB8TECD82453

Ano/Modelo Fabricação 2014/2013

Cor PRATA

UF Veículo Acre



Delegado de Polícia Civil: Martin Filius Cavalcante Hessel
Impressão por: Leandro Ayscha Rocha
Data de Impressão: 23/12/2019 14:27
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DIVISÃO ESPECIALIZADA DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 048647/2019-A02

Município Veículo	Epitaciolândia	Marca/Modelo	MMC/L200 TRITON GLS D
Modelo	MMC/L200 TRITON GLS D	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Última Atualização Denatran	18/01/2018	Situação do Veículo	NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Claudemir Facundo Lira	Proprietário		
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta		
CPF/CNPJ do Proprietário	971.323.902-44	Placa	QLV4072
Renavam	01045328526	Número do Motor	KC16E8F573608
Número do Chassi	9C2KC1680FR573608	Ano/Modelo Fabricação	2015/2015
Cor	PRETA	UF Veículo	Acre
Município Veículo	Epitaciolândia	Marca/Modelo	HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo	HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Última Atualização Denatran	02/10/2018	Situação do Veículo	REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Maria Noemia de Lima Silva	Possuidor		

RELATO/HISTÓRICO

A NOTICIANTE IA NA GARUPA DA MOTOCICLETA GUIADA POR SEU CONJUGE (MAURO ALCIOMAR JULIÃO DA SILVA), QUANDO SOFREU UMA COLISÃO CAUSADA PELO VEICULO L200 RELACIONADO CONFORME BAT. A NOTICIANTE SOFREU VARIA FRATURAS E LESÕES, VINDO A PASSAR POR CIRURGIAS, CONFORME LAUDOS MÉDICOS.

ASSINATURAS

Leandro Ayache Rocha
Agente de Polícia
Matrícula 5135805-1
Responsável pelo Atendimento

Maria Noemia de Lima Silva
(Comunicante / Vítima)

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

Martin Filiz Cavalcante Hessel
Delegado de Polícia
Matrícula 9244662-3

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA

Rua Madre Paulina / Rua DO LAZER

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC

PRÓXIMO. GINAZIO POLI ESPORTIVO

03 MUNICÍPIO

Epitaciolândia

04 UF

AC

08 DATA

10/10/17

09 DIA DA SEMANA

SABADO

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

☒ 1

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPÍEDO

☐ 5

CASCALHO

☐ 7

TERRA

☐ 9

AREIA

☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

☒ 1

MOLHADA

☐ 3

OLEOSA

☐ 5

ELAMEADA

☐ 7

DANIFICADA

☐ 9

OUTRAS

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

15 Nº DE VÍTIMAS

SEM VÍTIMAS

COM VÍTIMAS

16 NOME CONDUTOR

Claudemir Facundo Lima

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

10/10/18

19 ENDEREÇO

Rua Santa Catarina Nº 277 B. Aeroporto. 9973-0469

20 1ª HABILITAÇÃO

27-07-2007

21 CATEGORIA

AD

22 PRONTUÁRIO

87447261

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☒ 3

27 MARCA

MMC/L-200

28 ESPÉCIE

ESP/CAMIONETE

29 PLACA

NAC-6551

30 MUNICÍPIO

EPITACIOLÂNDIA

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

CLAUDEMIR FACUNDO LIMA

33 ENDEREÇO

Rua Santa Catarina Nº 277

34 CHASSIS

93X5N KBBTECDB 2453

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☒

NÃO ☐

36 AVÁRIAS

Pequena monta

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Rua Madre Paulina / com a rua do Lazer

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Permaneceu no Local

37 CARRO

☒

39 MOTO

☐

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

42 NOME CONDUTOR

Marcelo Alcides da Silva

43 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

13/10/18

45 ENDEREÇO

Rua CAP. Pedro Vasconcelos Nº 374 B. Aeroporto

46 1ª HABILITAÇÃO

17-10-2017

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

577398342

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

HONDA / CG-150

54 ESPÉCIE

PAT. MOTOCICLETA

55 PLACA

GLV-4072

56 MUNICÍPIO

Epitaciolândia

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

MARCELO ALCIDES DA SILVA

59 ENDEREÇO

Rua CAP. Pedro Vasconcelos Nº 374

60 CHASSIS

9C2 KC1680 FR 573608

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☒

NÃO ☐

62 AVÁRIAS

media monta

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Rua DO LAZER

66 AÇÃO DO CONDUTOR

Permaneceu no Local

63 CARRO

☒

65 MOTO

☒

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

68 NOME

Raimundo Ferreira Liberato

69 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

12/10/17

71 ENDEREÇO

Rua CAP. Pedro Vasconcelos Nº 454

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

76 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

CARTÓRIO AQUINO

CARTÓRIO AQUINO

CARTÓRIO AQUINO

Bel. Valério Cristiano Aguiar dos Anjos - Tabelião e Oficial Registrador

Av. Amazonas, 1307 - Liberdade - Epitaciolândia/AC - Fone: (067) 3546-2254 - CEP: 89934-000 - E-mail: cartorioaquinobelo@gmail.com

AUTÊNTICO a cópia por ser reprodução fiel do original a mim apresentado. De que dou fé. Selo Digital: AD664374-40
AUTENTICAÇÃO, 22/06/2016 11:15:55, BOLETIM DE ACIDENTE
CLAUDEMIR FACUNDO. Emol. R\$2,55 Fecom R\$0,15 Funfis R\$0,30
Total R\$3,00. Consulte em www.seloacre.com.br: 8E1C-687E
3042-09BA. ALCIANA GOMES DE LIMA - ESCRIVENTE AUTORIZADA

82 NOME Maria Noemia de Lima		83 SEXO M ☐ F ☒	84 NASCIMENTO - - - - -
85 ENDEREÇO Rua CAP. Pedro Vasconcelos N.º 3711		86 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO N.º 1
89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☒ PASSAG. ☐ PEDESTRE ☐		90 CONDUZIDA PARA Conduzida para CPS, pelos BM.	
91 NOME		92 SEXO M ☐ F ☐	93 NASCIMENTO
94 ENDEREÇO		95 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	96 VIAJAVIA NO VEÍCULO N.º ☐
98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ PASSAG. ☐ PEDESTRE ☐		99 CONDUZIDA PARA	
97 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☒		98 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☒	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

Diagrama do acidente com pontos de referência e veículos envolvidos.

VEÍCULO V-2

VEÍCULO V-1

RUA DO LAZER

RUA MADRE PAULINA

CARTÓRIO AQUINO

Autenticado a cópia por ser reprodução fiel do original a mim apresentado. De que dou fé. Salvo Digital: AD564375-48

AUTENTICACAO, 22/06/2016 11:15:55, BOLETIM DE ACIDENTE

CLAUDEMIR FACUNDO - Emol. R\$2,55 Fecom R\$0,15 FUNFIS R\$0,30

Total R\$3,00. Consulte em www.seloacre.com.br: 9468-0118

7467-0129. ALCIANA GOMES DE LIMA - ESPREVENTE AUTORIZADA

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informo que esta ocorrência foi ocasionada por via cruzada para atender uma ocorrência de trânsito no Bairro do aeroporto, ao chegar no local constatamos a veracidade.

Segundo relato do V-2, informou que trafegava na Rua Madre Paulina ao cruzar com a Rua do Lazer, vinha um carro GOL branco, e por causa do atropelamento, e em seguida apareceu o V-1, por trás do GOL branco, que rodava com o V-2, causando o acidente. A vítima que é esposa do V-1, teve a perna direita machucada. O V-1 informou que estava na banca de Talata, e não sabia onde estava o V-2.

Informo que as partes não entraram em acordo no local.

ATTESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V-1 Mario Alcilmar Juliano da Silva	103 MOTORISTA V-2 Claudemir Facundo Lima	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO
105 NOME	106 NOME	107 NOME / RG 2261
108 ASSINATURA X Mario	109 ASSINATURA X Claudemir	110 ASSINATURA C/2 Viciosa Silva
111 LOCAL 706 BPM - Brasília	112 DATA 16/12/2016	

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:

220-197-072-68

Maria Nelmia de Lima Silva

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 Nelmia de Lima Silva
6 - CPF: 220.197.072-68
7 - Profissão: Recepcionista
8 - Endereço: R. Francisco Vieira
9 - Número: 160
10 - Complemento:
11 - Bairro: Floresta Sul
12 - Cidade: Rio Branco
13 - Estado: AC
14 - CEP: 69.906-233
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): (68) 99964-6499

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR 99989-4388

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0534 003 CONTA: 00307258 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou menor)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Branco - AC 22/12/2019

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: 17/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA NOEMIA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000107258-2

Nr. da Autenticação 6820E9ED2CFA7084



Para contato
com a Energisa,
utilize o número

SEU CÓDIGO

0144677-0

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães, 225 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.803/0001-70 Insc. Estadual: 01.001.141/0004-46
Insc. Municipal: 000.220.197/2008

Nº da Nota Fiscal: 006467649

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE (preço de
subsídio) nº 10.438 de 26 de abril de 2012

PERÍODO DE FATURAMENTO	DATA DE FATURAMENTO	VALOR DA FATURA	TAXA DE APROVEITAMENTO
DEZEMBRO/2019	01/01/2020	111	55,33

MARIA NOFIMIA DE LIMA SILVA
R. FRANCISCO VIEIRA 160 FLORESTA SUL
CPF: 00022019707268
CEP: 69.906-211 - RIO BRANCO

DEZEMBRO/2019	VALOR DA FATURA	DATA DE FATURAMENTO	TAXA DE APROVEITAMENTO
Atual:	2687	Atual:	06/12/2019
Anterior:	2576	Anterior:	06/11/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Letura:	03/01/2020
Consumo Médio:	111	Próximo:	04/12/2019
Consumo Faturado:	111	Aproximação:	06/12/2019

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Data de Consumo: 30

DEZEMBRO/2019	VALOR DA FATURA	DATA DE FATURAMENTO	TAXA DE APROVEITAMENTO
RESID. BX. RENDA BI	BIF17206652	1.6.1.2	108

DEZEMBRO/2019	VALOR DA FATURA	DATA DE FATURAMENTO	TAXA DE APROVEITAMENTO
CONSUMO	30 A R\$ 0,255172 = 7,65		
	70 A R\$ 0,437431 = 30,62		
	11 A R\$ 0,656155 = 7,21		
CONTR. ILUMINACAO PLUI. (COSIP)			2,13
DIFERENCA DE TARIFA			35,44
SUBVENCAO BAIXA RENDA			27,72
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 0,12		
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	- 1,93		

DEZEMBRO/2019	VALOR DA FATURA	DATA DE FATURAMENTO	TAXA DE APROVEITAMENTO
Mes/Ano	Valor R\$		
11/2019	49,22		

RESERVA LICENCIADO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, APRESENTE-SE PELA INTER-
NET (WWW.EXARNET.EB.MIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/01/2020 OU NA OM
MAIS PRÓXIMA, DE 09 A 16/12/2019.

DEZEMBRO/2019	VALOR DA FATURA	DATA DE FATURAMENTO	TAXA DE APROVEITAMENTO
DEZEMBRO/2019	2524.DE4C.BD07.84ED.9141.CCDE.DEA6.BCA6		

DEZEMBRO/2019	VALOR DA FATURA	DATA DE FATURAMENTO	TAXA DE APROVEITAMENTO
DEZEMBRO/2019	2524.DE4C.BD07.84ED.9141.CCDE.DEA6.BCA6		

DEZEMBRO/2019	VALOR DA FATURA	DATA DE FATURAMENTO	TAXA DE APROVEITAMENTO
DEZEMBRO/2019	2524.DE4C.BD07.84ED.9141.CCDE.DEA6.BCA6		

DEZEMBRO/2019	VALOR DA FATURA	DATA DE FATURAMENTO	TAXA DE APROVEITAMENTO
DEZEMBRO/2019	2524.DE4C.BD07.84ED.9141.CCDE.DEA6.BCA6		

DEZEMBRO/2019	VALOR DA FATURA	DATA DE FATURAMENTO	TAXA DE APROVEITAMENTO
DEZEMBRO/2019	2524.DE4C.BD07.84ED.9141.CCDE.DEA6.BCA6		

836900000000 8 55330045000 2 00000000144 6 67701219008 3



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 114762 DATA DE EMISSÃO 05/10/2016

NOME MARIA NOEMIA DE LIMA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ LUIZ DE LIMA
MARIA LUCILA DE LIMA

NATURALIDADE RIO BRANCO - AC
DATA DE NASCIMENTO 24/04/1962

CENTO CAS 2.176 FLS 088 LIV B-009
BRASILEIRA - AC

220.197.072-48
3 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RASMEUDO HEFERNINO DE MELO

Polegar Direito





Assinatura do Titular
Maria Noêmia de Lima Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717751

Cidade: Eptaciolândia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA NOEMIA DE LIMA

Data do acidente: 02/04/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TIBIA PROXIMAL (D) COM PERDA DE COBERTURA CUTANEA.

Descrição do exame físico: AUMENTO DE VOLUME E DEFORMIDADE DO JOELHO E PERNA (D) ,
CICATRIZ DE LESÃO TRAUMÁTICA E DE ENXERTO NA FACE ANTERIOR E
SUPERIOR DA PERNA (D),CICATRIZ CIRÚRGICA DE 27 CM NA FACE
LATERAL DO JOELHO (D) ,CICATRIZ CIRÚRGICA DE 30 CM NA FACE
MEDIAL DO JOELHO (D),CICATRIZ CIRÚRGICA DE 16 CM NA
PANTURRILHA (D),CICATRIZ CIRÚRGICA DE 18 CM NA FACE ANTERIOR
DA PERNA (E) .
HIPOTRAFIA DO CUADRICEP E PANTURRILHA (D),PERDA DA FORÇA
MUSCULAR M.I.D.LIMITAÇÃO FUNCIONAL SEVERA NA FLEXÃO -
EXTENSÃO DO JOELHO (D)

Resultados terapêuticos: CIRÚRGICO , COM FIXADORES EXTERNOS E
POSTERIOEMENTE PLACAS E PARAFUSOS
TRANSPLANTE ÓSSEO (EXTENSO)DE TIBIA CONTRALATERAL E

Sequelas permanentes: AUMENTO DE VOLUME E DEFORMIDADE DO JOELHO E PERNA (D) ,
CICATRIZ DE LESÃO TRAUMÁTICA E DE ENXERTO NA FACE ANTERIOR E
SUPERIOR DA PERNA (D),CICATRIZ CIRÚRGICA DE 27 CM NA FACE
LATERAL DO JOELHO (D) ,CICATRIZ CIRÚRGICA DE 30 CM NA FACE
MEDIAL DO JOELHO (D),CICATRIZ CIRÚRGICA DE 16 CM NA
PANTURRILHA (D),CICATRIZ CIRÚRGICA DE 18 CM NA FACE ANTERIOR
DA PERNA (E) .
HIPOTRAFIA DO CUADRICEP E PANTURRILHA (D),PERDA DA FORÇA
MUSCULAR M.I.D.LIMITAÇÃO FUNCIONAL SEVERA NA FLEXÃO -
EXTENSÃO DO JOELHO (D)

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/01/2020

Conduta mantida:

Observações: pago dano como descrito pelo colega examinador

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190717751

Nome do(a) Examinado(a): MARIA NOEMIA DE LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): R FRANCISCO VIEIRA, 160 - Rio Branco/AC
- CEP 69900-001

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 114762

Data e Local do Acidente : 02/04/2016

Data e Local do Exame : 10/01/2020 Rua Minas Gerais número 858 Bairro :
preventor - CEP 69900-129

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA TIBIA PROXIMAL (D) COM PERDA DE COBERTURA CUTANEA.

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

CIRÚRGICO , COM FIXADORES EXTERNOS E
POSTERIOEMENTE PLACAS E PARAFUSOS
TRANSPLANTE ÓSSEO (EXTENSO)DE TIBIA CONTRALATERAL E
ENXERTO DE PELE NA FACE ANTERIOR E SUPERIOR DA PERNA DIREITA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AUMENTO DE VOLUME E DEFORMIDADE DO JOELHO E PERNA (D) ,
CICATRIZ DE LESÃO TRAUMÁTICA E DE ENXERTO NA FACE ANTERIOR E
SUPERIOR DA PERNA (D),CICATRIZ CIRÚRGICA DE 27 CM NA FACE
LATERAL DO JOELHO (D) ,CICATRIZ CIRÚRGICA DE 30 CM NA FACE
MEDIAL DO JOELHO (D),CICATRIZ CIRÚRGICA DE 16 CM NA
PANTURRILHA (D),CICATRIZ CIRÚRGICA DE 18 CM NA FACE ANTERIOR
DA PERNA (E) .

HIPOTRAFIA DO CUADRICEP E PANTURRILHA (D),PERDA DA FORÇA
MUSCULAR M.I.D.LIMITAÇÃO FUNCIONAL SEVERA NA FLEXÃO –
EXTENSÃO DO JOELHO (D)

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

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

DEFORMIDADE DO JOELHO E PERNA (D) COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL SEVERA NA FLEXÃO –EXTENSÃO DO JOELHO (D) COM PERDA DA FORÇA MUSCULAR.

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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal

JOELHO DIREITO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

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

Região Corporal

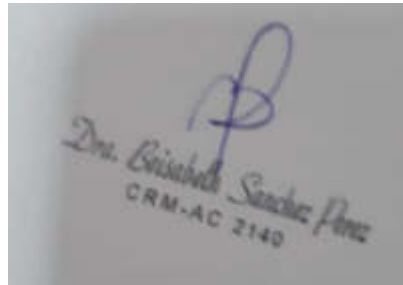
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

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

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

Paciente que sofreu acidente de trânsito há 3 anos, ainda tem marcha claudicante com dor crônica e precisa do auxílio de muletas para se locomover
também apresentou uma complicação com osteomielite na perna.



Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CRM-AC 2140

Beisabeth Sanchez perez CRM : 2140 / UF :AC

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466614/19

Vítima: MARIA NOEMIA DE LIMA

CPF: 220.197.072-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/04/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA NOEMIA DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA NOEMIA DE LIMA : 220.197.072-68

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 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: 23/12/2019
Nome: MARIA NOEMIA DE LIMA
CPF: 220.197.072-68

MARIA NOEMIA DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA
CPF: 025.424.522-61

MAIRLA LIMA DE SOUZA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466614/19

Vítima: MARIA NOEMIA DE LIMA

CPF: 220.197.072-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/04/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA NOEMIA DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA NOEMIA DE LIMA : 220.197.072-68

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 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: 23/12/2019
Nome: MARIA NOEMIA DE LIMA
CPF: 220.197.072-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA
CPF: 025.424.522-61

MARIA NOEMIA DE LIMA

MAIRLA LIMA DE SOUZA