

---

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200190609**

**Vítima: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 15/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

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

**Senhor(a), ADRIANA MARTINS DE ARAUJO**

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, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200190609

Vítima: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

Data do Acidente: 15/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000699

Conta: 0000066634-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200190609 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANA MARTINS DE ARAUJO **Data do acidente:** 15/02/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 29/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 2º E 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA. P.2,6,15

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DE FALANGE DISTAL DE 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA, REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSCHNER EM 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA) E ALTA MÉDICA. P.11,12,17

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO ESQUERDA.

**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 DA MÃO ESQUERDA.

**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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



# 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: 954.376.573-15 4 - Nome completo da vítima: Adriana Martins de Azevedo

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

5 - Nome completo: Adriana Martins de Azevedo 6 - CPF: 954.376.573-15  
7 - Profissão: autônoma 8 - Endereço: Rua. Vasco Faria 9 - Número: 2377 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Urbem 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000.000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (86) 9-8887-7169

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0699 013 CONTA: 66634 7  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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 nascturo (vairnascr)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou representante legal

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, Teresina, Piauí 25.05.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000220/2020-53

**Unidade Policial:** DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO **Responsável Registro:** Michelly Dayanne Soares Do Nascimento

**Delegado:** ERIKA MOURÃO MELO DE AGUIAR

**Data/Hora:** 21/05/2020 - 15:44

### DADOS DA OCORRÊNCIA

**Unidade Policial Responsável**

**Data/Hora**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

15/02/2020 - 15:00

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

TERESINA

**Bairro**

POTI VELHO

**Endereço**

RUA ISIDORO FRANÇA, Nº: 00

**Complemento**

**Ponto de Referência**

PROXIMO AO PANELEIRO

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

**Nome:** ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

**Tipo Envolv.:** VITIMA/Noticiante

RG: 2250610 SSP PI

Mãe: MARIA MARTINS DA SILVA

Pai: DAMASIO PEREIRA DE ARAUJO

Endereço: RUA OURO FINO, Nº 2377

Complemento: SANTA ROSA

Bairro: MONTE VERDE

Cidade: TERESINA - CEP: 64000-000

Telefone(s): 86-8874-7349

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### OBJETO(S) MATERIAL(IS) ENVOLVIDO(S)

1 - OUTROS.

Cor: Vermelha

Qtd: 1

Valor: 0,00

Modelo: HONDA /BIZ 125 ES

Marca: HONDA BIZ 125 ES

Nº Série:

### RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA RELATA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/ BIZ 125 ES DE PLACA PIP-7588 RENAVAM 01067884154, CHASSI 9C2JC4820FR602843 DO ANO DE 2015/2015 COR VERMELHA DE PROPRIEDADE DA NOTICIANTE/VITIMA, VINHA NA VIA CITADA QUANDO UM AUTOMOVEIL NAO IDENTIFICADO INVADIU A MINHA PREFERENCIAL E PROVOCOU A COLIÇÃO. FUI SOCORRIDA POR TERCEIROS E LEVADA PARA O HUT (PRONT. 5380550). DECLARAÇÃO DE MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE.

Delegacia Virtual - WEB

ADRIANA MARTINS DE ARAUJO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Lucy Keiko Leal Paraiiba  
Delegado Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7



# 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: 954.376.573.15 4 - Nome completo da vítima: Adriano Martins de Azevedo

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

5 - Nome completo: Adriano Martins de Azevedo 6 - CPF: 954.376.573.15  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua. Vasco Faria 9 - Número: 2377 10 - Complemento:  
11 - Bairro: urubum 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000.000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 9.8887.7169

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0699 013 CONTA: 66634 7  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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 nascturo (vairnascr)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou representante autorizado

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, Teresina, Piauí 05.05.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

# 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: 03/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00699

CONTA: 000000066634-7

---

Nr. da Autenticação 79AE7427C69E7861



Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0969504-4

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A  
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 036423107

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2020	05-05-2020	70	62,61

FRANCISCO FERREIRA DA SILVA  
R. OURO FINO 2377 2377 B-URBANO  
CPF: 00035405910368  
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 3.001.24.03.010300

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		13976	Atual:	02/04/2020
Anterior:		13906	Anterior:	04-03-2020
Constante de Multiplicação:		1,000	Próxima Leitura:	05-05-2020
Consumo Medido:		70	Emissão:	01-04-2020
Consumo Faturado:		70	Apresentação:	02-04-2020
Forma de Faturamento: NORMAL		FCAM	Dias de Consumo:	29
Código de Irregularidade:				



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 08/98

Nº da Nota Fiscal 027701995

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	162	164,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL  
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO  
CPF: 00059007125320  
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	13692	Atual: 24/09/2019
Anterior:	13530	Anterior: 26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 24/10/2019
Consumo Medido:	162	Emissão: 23/09/2019
Consumo faturado:	162	Apresentação: 24/09/2019
Forma de faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo: 29
Código de Irregularidade:		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo	
AGO/19 158	CONSUMO 162 A R\$ 0,912203 = 147,77
JUL/19 151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 12,74
JUN/19 154	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00 0,01
MAI/19 140	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 0,16
ABR/19 143	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00 0,24
MAR/19 153	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00 0,03
FEV/19 204	MULTA POR ATRASO 08/19-00 2,89
JAN/19 133	JUROS POR ATRASO 08/19-00 0,43
DEZ/18 136	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,47
NOV/18 160	

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 162 - 0,655310

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77 115,26
Energia:	60,00	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:	32,50
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	6,49%
			7,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			PIC			OMC	OICR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	TERESINA-MACAUBA						Período de apuração:	RUSD: 53,46
							07/2019	

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0051867-0	164,27
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2019	01/10/2019
Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM	

83620000001 3 64270017000 3 000000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09  
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010  
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072

**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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly moure de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 954.376.573/15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Adriana Martins de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 954.376.573/15

do sinistro de DPVAT cobertura imediata da Vítima Adriana Martins de Araújo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 954.376.573/15, 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: <u>Rua 24 de junho</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Turima</u>	Estado: <u>DF</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000.000</u>	Tel. (DDD): <u>(06) 99472954</u>

Local e Data: Turima - Piau: 25.05.2020

Keylly Moure de Oliveira  
Assinatura do Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PI

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1751558097

NOME  
ADRIANA MARTINS DE ARAUJO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA/E  
2250610 SSP PI

CPF  
954.376.573-15

DATA NASCIMENTO  
08/04/1983

FILIAÇÃO  
DAMASIO PEREIRA DE  
ARAUJO  
MARIA MARTINS DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT HAB

AB

Nº REGISTRO  
04470368714

VALIDADE  
11/01/2024

1ª HABILITAÇÃO  
02/10/2008

OBSERVAÇÕES

*Adriana Martins de Araujo*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
PIRIPIRI, PI

DATA DE EMISSÃO  
14/01/2019

01956655056  
PI320718038

*Arão Martins do Rego Lobão*  
ARÃO MARTINS DO REGO LOBÃO  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUI

PROIBIDO PLASTIFICAR

1751558097





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PI

Nº 014208598316

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01067884154		2019
0675	NOME		
0176	ADRIANA MARTINS DE ARAUJO		
b238	*****		
81f4	*****		
4ca1	*****		
9a23	*****		
3115	*****		
d562	*****		
a4EE	CPF / CNPJ	PLACA	
4r08	95437657315	PIP-7588	
8819			

PLACA ANT / UF	CHASSI
-	9C2JC4820FR602843
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTONETA /NENHUMA	ALCOOL / GAS

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/BIZ 125 ES	2015	2015

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
02P/0124CC	PARTICU	VERMELHA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
		1º IPVA
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2º
		3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO	PAGO		

OBSERVAÇÕES
A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON
DA NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL	DATA
PIRIPIRI	06/08/201

MAIO MARTINS DO REGO LOBATO  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

CONTRAN

**PROCURAÇÃO PARTICULAR**

**OUTORGANTE:**

Nome: Adriana Martins de Araujo  
RG: 2250630 Orgão Emissor: SSP-PI  
CPF: 954.376.573-15 Nacionalidade: Brasileira  
Est. Civil: Solteira Profissão: Autônoma  
Endereço: Rua. Ouro Fino Nº 2347  
Bairro: Urbanismo Cep: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: Teresina-PI  
Telefone: (86) 98887-7169 ( ) \_\_\_\_\_

**OUTORGADO:**

Nome: keylly mouro de oliveira  
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros  
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte  
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí  
Telefone: (86) 99472-9591 ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Adriana Martins de Araujo  
CPF: 954.376.573-15 Data do Acidente: 15/02/2020

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

Teresina-Piauí 09/03/2020  
Local e data

Adriana Martins de Araujo  
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



**CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
**CONSULTE O SELO**  
**DIGITAL**  
CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Kátia Gardenia da Silva Santos  
Escritor Autorizada



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148255/20

**Vítima:** ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

**CPF:** 954.376.573-15

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 15/02/2020

**Titular do CPF:** ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

### ADRIANA MARTINS DE ARAUJO : 954.376.573-15

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: 26/05/2020  
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA  
CPF: 839.502.303-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2020  
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO  
CPF: 221.365.090-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO