

# 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: 06/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000046670-3

---

Nr. da Autenticação C7D73C6A712A8F7A

NÚMERO 152566069  
MÊS/ANO 8/2019

ENDEREÇO  
MEDIDOR CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA

CON RESID NOVA ALEGRIA I, Q--BN-CASA--022-PARQUE  
GUL-TERESINA-PI-cep:64028425

GRUPO 010 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A10X135439

1 Residencial - Normal

DATA 15/07/2019 638  
LITROS 14/08/2019 644

VALOR REFERENTE AGUA - 30,66  
JURO POR ATRASO 07/2019 0,04  
Multa por atraso 07/2019 0,60

VENCIAMENTO 26/08/2019  
TOTAL A PAGAR 31,30

SEJA AMIGO DO NOSSO LEITURISTA.  
SE SEU HIDROMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL,  
FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.

# NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,  
conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 6.987/06, Art. 6º, §3º, inciso II

## CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

| PARÂMETROS           | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS   | VALOR PERMITIDO |
|----------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------|-----------------|
| CLORO LIVRE          | 2538                | 23                       | 1,35                        | 0,2-5,0 mg/L  |                 |
| COR APARENTE         | 2667                | 49                       | 6,08                        | Inferior a 15 |                 |
| PH                   | 2879                | 37                       | 6,78                        | 6,00-9,50     |                 |
| TURBIDEZ             | 2803                | 63                       | 1,82                        | Inferior a 5  |                 |
| TOTAL PONTOS: 100,00 |                     |                          |                             |               |                 |

## CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

| PARÂMETROS    | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|---------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| ESCOLÓPIA COL | 1027                | 1025                     | 2                           | Ausência    | Ausente         |
|               | 1027                | -1027                    | 0                           | Ausência    | Ausente         |

DATA DA EMISSÃO: 14/08/2019 HORA DA EMISSÃO: 11:08

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

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 305 - 0,649841

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

## 028178332 ECAM

SEQ.: 00358 UC: 0019712-2 DT.LEIT.: 07/10/2019 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 56235 NORMAL TOTAL: 328,44 CARGA: 004  
DT.VENC.: 14-10-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1021

**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 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 Luís Carlos Cunha Lima  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 05538007360, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Caio Eduardo Araujo de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 02362522540  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade Permanente da Vítima Caio Eduardo Araujo de Lima  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 02362522540, 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 Colombo</u> | Número: <u>3474</u>     | Complemento: _____               |
| Bairro: <u>Três Andares</u>  | Cidade: <u>Teresina</u> | Estado: <u>PI</u>                |
| E-mail: _____                | CEP: <u>64056570</u>    | Tel. (DDD): <u>86</u> 99905 9054 |

Local e Data: Terresina 25/11/2019

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

C (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 25

Eu, MARIA DO AMPARO OLIVEIRA MORAIS  
RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição 21/12/2001  
Órgão SSP PI, portador do CPF nº 03358111326  
com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de PIAUÍ,  
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) CON RESID. NOVA ALEGRIA I DBN, nº 22,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
CAIRO EDUARDO ARAÚJO DE LIMA, cujo o condutor era  
O MESMO.  
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 12 Ano: 2012/2012  
Placa: \_\_\_\_\_ Chassi: 9C2JC4J30CR506121  
Data do Acidente: 11/08/2019

Local e Data:

Teresina, 18 de Novembro

Maria do Amparo Oliveira Morais

NOVEMBRO 2019

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

Cartório  
Themistocles  
Sampaio

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Lázaro Magalhães, 1221 - Centro - CEP: 64009-200 - Teresina/PI - Fone: (86) 3221-4111 - E-mail: [cartorio3@cartorio3pi.com.br](mailto:cartorio3@cartorio3pi.com.br)

Titular: Antônia Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR SEMELHANÇA A FIRMA DE MARIA DO AMPARO OLIVEIRA MORAIS. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 25/11/2019. [www.tjpi.jus.br/portalextra](http://www.tjpi.jus.br/portalextra)

Jessica Aline de Meneses Silva/ESCREVENTE AUTORIZADA  
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMDP/PI: 0,10 Sel: 0,26 Total: 4,98 - OP: 198  
DECL. DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE N.  
CONSULTE O SEU  
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Jessica Aline de Meneses Silva  
Escrvente Autorizada  
Teresina - PI

Brasão



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

OPTIMIZATION OF

ESTABLECIMIENTO DE LA INDUSTRIA DE LA ALIMENTACION  
SE CREA LA COMISION DE ESTUDIO DE LA INDUSTRIA DE LA ALIMENTACION  
COMISION DE LA INDUSTRIA DE LA ALIMENTACION

0106306010



Price 25/00 *Quinta* -

KONFERENCA 11.02.2012. DO TITULARI

## CARTÉIRA DE IDENTIDADE

EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

19/01/2019

026074362003-2

DATA DE  
EXERCÍCIO

LUIS CARLOS CUNHA LIMA

relação - - - - - F. MARIA ODETE DE

LUIZ LEITE LIMA  
OLIVEIRA CUNHA

NATURAL IVACRE

SAO LUIS - MA

1000

DOC COLUMBIA  
NASC. N.89619 FLS.172 LIV.80

051310073-60

STCCTO

P-742

100% Satisfaction Guarantee

[illegible]

1183 446 DE ZORRILLO

LEIN® 7116 DE 2400 BUS

VIA-02



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190659432 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 29/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA P12.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P5.  
P7,8.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|---|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %  | Em grau médio - 50 %  | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total   |   |   | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190659432 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 29/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDO P12.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P5.  
P7,8.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|---|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %  | Em grau médio - 50 %  | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total   |   |   | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

|   |  |                                      |                            |
|---|--|--------------------------------------|----------------------------|
| OUTORGANTE: <u>CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA</u> |  |                                      |                            |
| NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO</u>                |  | ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRO</u>        |                            |
| RG: <u>2.736.097</u>                            | ORG. EMISSOR: <u>SSP DP</u>                          | DATA DE EXPEDIÇÃO: <u>08-06-2005</u> | CPF: <u>023.621.221-40</u> |
| PROFISSÃO: <u>LEUZO</u>                         | ENDEREÇO: <u>COLO. RESIDENCIAL NOVA ALEGRIA 4 BA</u> |                                      |                            |
| Nº: <u>22</u>                                   | BAIRRO: <u>PARQUE SUL</u>                            | CIDADE: <u>TERESINA</u>              |                            |
| ESTADO: <u>PIAUÍ</u>                            |  | CEP: <u>64028-925</u>                |                            |

|  |                               |                                      |                            |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| OUTORGADO: <u>LUIS CARLOS CUNHA LIMA</u> |                               |                                      |                            |
| NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO</u>         |                               | ESTADO CIVIL: <u>DIVORCIADO</u>      |                            |
| RG: <u>0269743620032</u>                 | ORG. EMISSOR: <u>SSPMA</u>    | DATA DE EXPEDIÇÃO: <u>19/01/2019</u> | CPF: <u>011.310.073-60</u> |
| PROFISSÃO: <u>TEC. SEG. DO TRABALHO</u>  | ENDEREÇO: <u>RUA COLOMBIA</u> |                                      |                            |
| Nº: <u>3474</u>                          | BAIRRO: <u>TRÊS ANDARES</u>   | CIDADE: <u>TERESINA</u>              |                            |
| ESTADO: <u>PIAUÍ</u>                     |                               | CEP: <u>64016-570</u>                |                            |

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT** E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO - DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO AS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA, SOLICITAR REAGENDAMENTOS, PODENDO SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDADOS, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO **SEGURO DPVAT**

VITIMA: CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA  
 CPF: 023 621 221 40 DATA DO ACIDENTE 11/08/2019  
 COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS ☐ MORTE  
 Local/Data: TERESINA - PI 16.09.2019



Cairo Eduardo Araújo de Lima  
 ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
 Auren Letícia Santos Silva  
 Escrevente Autorizada

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
 CONSULTE O SELO  
 DIGITAL

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA, DOU FE. EM TEST. Selo: MA164819-AP7H

www.tjpi.jus.br/portaleletronica

AUREA LETÍCIA SANTOS SILVA - ESCRIVENTE  
 Emissão: 15.08.2019 10:10:10 Selo: 0.26 Total: 4,98 - 02:3

PROCURAÇÃO PARTICULAR

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417454/19

**Vítima:** CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA

**CPF:** 023.621.221-40

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 11/08/2019

**Titular do CPF:** CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### LUIS CARLOS CUNHA LIMA : 011.310.073-60

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

### CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA : 023.621.221-40

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: 26/11/2019  
Nome: LUIS CARLOS CUNHA LIMA  
CPF: 011.310.073-60

LUIS CARLOS CUNHA LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

---

**Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190659432**

**Vítima: CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA**

**Data do Acidente: 11/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA**

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

**Senhor(a), CAIRO EDUARDO ARAUJO 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, 13 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190659432**

**Vítima: CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA**

**Data do Acidente: 11/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CAIRO EDUARDO ARAUJO 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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001989**

Conta: **0000046670-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 023.621.221-40 4 - Nome completo da vítima: CAIKO EDUARDO ARAÚJO 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: CAIKO EDUARDO ARAÚJO DE LIMA. 6 - CPF: 02362122140  
7 - Profissão: RECUSO-ME 8 - Endereço: CON RESID. NOVA ALEGRIAL QBN 9 - Número: 22 10 - Complemento:  
11 - Bairro: PARQUE SUL 12 - Cidade: TEXESINA 13 - Estado: RS 14 - CEP: 64028425  
15 - E-mail: 15 - Tel. (DDD): 86988441496

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1989 CONTA: 46670 3 AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (val reser)? ☐ 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 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TEXESINA 26/01/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011527/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/11/2019 13:58 Data/Hora Fim: 25/11/2019 14:09  
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 11/08/2019 07:40

Local do Fato

Município: Teresina (PI)  
Logradouro: av manóel aires neto

Bairro: Parque Sul

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|---|----------------------|
| 1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Masculino Nasc: 23/07/1986  
Profissão: Motoboy  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Rosilene Araujo de Lima

Endereço

Município: Teresina - PI  
Logradouro: quadra bn, casa 22  
Complemento: residencial nova alegria  
Bairro: parque sul

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|  |   |
|--|---|
| Grupo Veículo                            | Subgrupo Motocicleta/Motoneta           |
| Descrição moto                           | CPF/CNPJ do Proprietário 033.581.113-26 |
| Placa ODY7242                            | Renavam 00455087393                     |
| Número do Motor JC41E1C506121            | Número do Chassi 9C2JC4110CR506121      |
| Ano/Modelo Fabricação 2012/2012          | Cor PRETA                               |
| UF Veículo Piauí                         | Município Veículo Teresina              |
| Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS         | Modelo HONDA/CG 125 FAN KS              |
| Veículo Adulterado? Não                  | Quantidade 1 Unidade                    |
| Situação Meio Empregado                  | Última Atualização Denatran 06/03/2012  |
| Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA |   |

| Nome Envolvido               | Envolvimentos |
|------------------------------|---------------|
| Cairo Eduardo Araujo de Lima | Possuidor     |



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar  
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos  
Data de Impressão: 25/11/2019 14:09  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 011527/2019

RELATO/HISTÓRICO

Relata a vítima que conduzia a Moto e endereço citado, quando trafegava na citada avenida, quando um cachorro passou na frente de sua moto, onde o mesmo perdeu o controle e caiu, lesionado foi socorrido por Maria do Amparo Oliveira Moraes, encaminhado para a Upa do Promorar, posteriormente para o HUT, prontuário 98672. declarações da vítima.

ASSINATURAS

*Almiralce Ribeiro Lebre Carlos*  
Escritório de Atendimento

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos  
escritório  
Matrícula 0097616  
Responsável pelo Atendimento

*Cairo Eduardo Araujo de Lima*  
Cairo Eduardo Araujo de Lima  
(Comunicante / Vítima)

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



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar  
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos  
Data de Impressão: 25/11/2019 14:09  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

# 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: **023.621.221-40** 4 - Nome completo da vítima: **CAIKO EDUARDO ARAÚJO 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: **CAIKO EDUARDO ARAÚJO DE LIMA** 6 - CPF: **02362122140**  
7 - Profissão: **RECUSO-ME** 8 - Endereço: **CON RESID. NOVA ALEGRIAL QBN** 9 - Número: **22** 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: **PARQUE SUL** 12 - Cidade: **TEXESINA** 13 - Estado: **PR** 14 - CEP: **64028-425**  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): **86988441496**

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: **1989** CONTA: **46670 3**  
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (val 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 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **TEXESINA 26/01/2019.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)