
Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200258232

Vítima: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

Data do Acidente: 09/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200258232

Vítima: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

Data do Acidente: 09/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

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, 09 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200258232

Vítima: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

Data do Acidente: 09/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **341**

Agência: **000008512**

Conta: **0000035296-7**

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.

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: 064 882 784 44 4 - Nome completo da vítima: Marcia Raquel F. da S. Lopes

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

5 - Nome completo: Marcia Raquel Felix da Silva Lopes 6 - CPF: 064 882 784 44
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: R. Antonio Loucas Bezerra 9 - Número: 09 10 - Complemento:
11 - Bairro: Belo Horizonte 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59604-431
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: 8512 CONTA: 85296 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) ☐ 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 (vairasor)? ☐ 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 de
vítima ou
beneficiário
não assinado

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, Mossoró 25/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001029157

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 24/06/2020 10:30:52

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 09/04/2020 20:00:00

2.3 Número: S/N

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: BOA VISTA

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: AV COELHO NETO

2.4 CEP: 59.805-320

2.6 Ponto de Referência: PRÓXIMO A UM POSTO DE COMBUSTÍVEL

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

3.3 Etnia: PARDO

3.5 Mãe: MARILENE PEREIRA DA SILVA

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF: 06488278444

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: VENDEDORA

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 9

3.19 Bairro: BELO HORIZONTE

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai: GERÔNIO FELIX DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 05/11/1986

3.8 RG: 621633215 - SSP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ/RN

3.14 E-Mail: MOSSOROSEGUROS8@GMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA ANTONIO LUCAS BEZERRA

3.18 CEP: 59604431

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

A vítima informa que no dia, local e horário acima citado transitava pela via, como condutora de uma motocicleta Honda Pop 100, Chassi 9C2HB0210FR004311, Renavam 01026535619, Placa QWF 7789/RN, 2014/2015, de cor vermelha, licenciada em nome próprio, quando ao passar por uma lombada, perdeu o controle do veículo, caindo bruscamente ao solo, sendo socorrida por populares e encaminhada ao Hospital Regional Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia, nesta cidade.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

Data: 24/06/2020 13:56:04

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

Atendimento: 2084252 - SHYRLEY LIDIANE DO REGO CARNEIRO
Impresso por: WEB em 25/06/2020 09:37:06

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

x Marcia Raquel Felix da Silva Lopes.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 064 882 784 44 4 - Nome completo da vítima: Marcia Raquel F. da S. Lopes

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

5 - Nome completo: Marcia Raquel Felix da Silva Lopes 6 - CPF: 064 882 784 44
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: R. Antonio Loucas Bezerra 9 - Número: 09 10 - Complemento:
11 - Bairro: Belo Horizonte 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59604-431
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: 8512 CONTA: 85296 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) ☐ 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 (vairasos)? ☐ 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 de
vítima ou
beneficiário
não assinado

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, Mossoró 25/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08512

CONTA: 000000035296-7

Autenticação:

08B17DED21B9DC896DAAD7B8514466099ED68BDEDCEE627F0E1961C14190862E

TIM S.A.
Rua das Primulas, 661
Redinha - Natal - RN
CNPJ: 02.421.421/0028-31 - I.E.: 20.084.336-6
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 2

R\$ 54,99

VENCIMENTO

10/03/2020

EMIÇÃO: 19/02/2020

POSTAGEM: 27/02/2020

FATURA: 4191946317

CLIENTE: 1.81681894

CPF/CNPJ: 06488278444

ACESSO: 84 99804-2204

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009139297634012

MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES
ANTONIO LUCAS BEZERRA, 09, OUTROS
BELO HORIZONTE
59604-431 - MOSSORO - RN

IMPORTANTE PARA MARCIA

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/JAN A 18/FEV

Serviços TIM S.A.

VALOR



TIM Controle Smart

R\$ 54,99

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

TIM Controle Smart: 84998042204 (101/PÓS/SMP)

TIM Globo Livros

TIM Banca Jornais

Desconto Franquia TIM Controle

Desconto Serviços VAS TIM Controle

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	-	-	64,99
-	-	1	-	-	Incluído
-	-	1	-	-	Incluído
-	-	4/12	-	-	-7,00
-	-	4/12	-	-	-3,00
Total de Mensalidades					54,99

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

CONTA DIGITAL TIM

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo App ou Site Meu TIM. Acesse o App ou visite meutim.com.br para mudar para Conta Digital!

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST:	R\$ 0,26
ICMS	30%	R\$ 38,49	R\$ 11,55	FUNTEL:	R\$ 0,13
PS-COFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PS-COFINS - Serviços Não Telecom	9,75%				

Fim atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições ao FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no(s) Plano(s)	
Franquia(s)	R\$ 45,49
SVA	R\$ 19,50
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ -7,00
Desconto(s) SVA	R\$ -3,00

**COSERN**

PREFEITURA MUNICIPAL DE JACAREZINHO - RJ

Companhia Saneamento de Jacareizinho S.A.
 Rua Nelson, 140 - Jd. Santa Helena - CEP 23020-000
 JACAREZINHO, RJ 23020-000

BOMBEIRO COOPERATIVA DE ENERGIA

ENDESA DE JACAREZINHO S.A. - ENDESA DE JACAREZINHO S.A.

CPF: 23.123.456/0001-12

AV. BRASIL, 100 - Jd. Santa Helena - JACAREZINHO, RJ
 CEP: 23020-000

DEPARTAMENTO
 DE ENERGIA E SANEAMENTO
 JACAREZINHO

7011865000 05/2020

12/05/2020 03/06/2020

116,63

DESCRIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO DO CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
Consumo TUSD de 20 kWh	30,0000000	0,0000000	0,00
Consumo TUSD superior a 20 até 100 kWh	70,0000000	0,0000000	0,00
Consumo TUSD superior a 100 até 200 kWh	130,0000000	0,0000000	0,00
Consumo TUSD superior a 200 kWh	140,0000000	0,3457977	48,41
Consumo TE de 30 kWh	30,0000000	0,0000000	0,00
Consumo TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,0000000	0,00
Consumo TE superior a 100 até 200 kWh	130,0000000	0,0000000	0,00
Consumo TE superior a 200 kWh	140,0000000	0,1798672	25,18
Custo: Rm. Público Municipal			4,13
Multa por atraso NF 00851124 - 04/03/20			2,28
Juros por atraso NF 00851124 - 04/03/20			2,55
Atualização IPM NF 00851124 - 04/03/20			

TOTAL DA FATURA

116,63

DESCRIÇÃO DO CONSUMO

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	VARIAÇÃO	CONSUMO (kWh)
05/05/2020	REGULAR	23.04.000	23.05.000	100	100

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	VARIAÇÃO	CONSUMO (kWh)
05/05/2020	REGULAR	23.04.000	23.05.000	100	100

DATA	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	VARIAÇÃO	CONSUMO (kWh)
05/05/2020	REGULAR	23.04.000	23.05.000	100	100

Observações: A fatura de energia elétrica é emitida mensalmente, com base no consumo registrado no medidor. O valor da fatura é calculado com base no preço unitário de energia elétrica, que é estabelecido pela Companhia Saneamento de Jacareizinho S.A. O valor da fatura é atualizado anualmente, de acordo com a inflação. O valor da fatura é atualizado anualmente, de acordo com a inflação. O valor da fatura é atualizado anualmente, de acordo com a inflação.

Observações: A fatura de energia elétrica é emitida mensalmente, com base no consumo registrado no medidor. O valor da fatura é calculado com base no preço unitário de energia elétrica, que é estabelecido pela Companhia Saneamento de Jacareizinho S.A. O valor da fatura é atualizado anualmente, de acordo com a inflação. O valor da fatura é atualizado anualmente, de acordo com a inflação.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Angela Emannelly da E. Caparroz inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.386.524 / 77 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcia Raquel F. da S. Lopes inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.882.784 / 44 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidos da Vítima Marcia Raquel F. da S. Lopes inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.882.784 / 44, 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 Antonio Loucas Bezerra</u>		Número <u>09</u>	Complemento
Bairro <u>Belo Horizonte</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59604-431</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Mossoró 25 de junho de 2020
Local e Data

Angela Emannelly da Costa Caparroz
Assinatura do Declarante



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 38103 - MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES (33 a 5 m 4 d)

Nascimento: 05/11/1986

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: F Cor: BRANCA

CNS: 703007848637874

CPF: 06488278444

Prof:

Mãe: MARILENE PEREIRA DA SILVA

Pai: GERONCIO FELIX DA SILVA

Logradouro: ANTONIO LUCAS BEZERRA, 9

CEP: 59604431

Bairro: BELO HORIZONTE

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.98042204

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO

Classificação:

PESO:

09/04/2020 21:00:22

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	130 80		98		17	104			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 21 ANOS., QUEDA DE MOTO. CONSCIENTE ORIENTADA, ECG 15. TRES CORTES CONTUSO EM REGIAO DE LABIOS/ MENTO. DEFORMIDADE EM MIE E CORTE CONTUSO COM PERCA DE TECIDO EM MID

Dt e Hora:

Queda de moto, atropelamento. Refere dor e MSE, membros inferiores, cabeça, - limpa e antidiarréica + sintoma + curativa.

A - VA Pulso, com CC

B - MV + 2 Simetria, 32 RA

C - FC 95 RA 130/80

D - ECG 15 IZFR

E - Abdomen, dor central, FCC e coto da SC, abdo indol, relva extel.

CD: TC crânio + coluna cervical + RX tórax + Antebraço sup

Diagn. Inicial: Anal do NCR + BMF + Osteoporose

Assin:

Dr. Marcos Antonio Nogueira Medica
Cirurgia Geral Endoscopia Digestiva
CRM/RN 1877

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

23/04/20 NCR 23:00 Pronto soc 33 anos,

com relato de atropelamento + queda de moto,

envolvendo com amputação. Ao exame: ECG 15, sem

funções cardíacas evidentes, limitação algia em

MSE, não cefaleia. TC de crânio + coluna

cervical dentro da normalidade. CD: Alta com orientações.

23/04/20

- EFTMEXA 120 - ODF + ASS. EV.

- Dipirona 2cc - ev.

Dr. Marcos Antonio Nogueira Medica
Cirurgia Geral Endoscopia Digestiva
CRM/RN 1877

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

STÁ CONFORME O ORIGINAL

CAME MOSSORO 07/106/2020

SAME/ARQUIVO

Dr. Juliano José da Silva
Médico
CRM/RN 7389

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: / /20. Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 09 de Abril de 2020.
Carimbar)

(Assinar e

22:06 - 22:401 2020/06/01 20:00 20:00 20:00 20:00

GRUPO 103/0270, 103/0270, 103/0270, 103/0270, 103/0270, 103/0270

2020 103/0270 01/06/2020

2020 103/0270 01/06/2020 20:00 20:00 20:00 20:00

2020 103/0270 01/06/2020 20:00 20:00 20:00 20:00

Dr. Antonio Pinheiro de S. Neto
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 1.181-RN

BME: AS 22:40h:

Paciente vítima de queda com um joelho
porta trauma facial com ferimento
estendido em lábio superior e
mucosa oral. Ao exame do T e
de face não há sinais de fratura.
TUM.

FEITO ANTISSEPSIA + ANEST.
LOCAL + SUTURA. MEDICADA P/ CASA
E ORIENTADA.

 ALTA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
ME MOSSORÓ 01/06/2020

SAME/ARQUIVO

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
ME MOSSORÓ

SAME/ARQUIVO

PACIENTE: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES
SOLICITANTE: RAO X
CONVÊNIO: PARTICULAR
DATA: 29/04/2020

RX DE PUNHO ESQUERDO

- Grafia obtida sob aparato gessado limitando a avaliação dos achados.
- Fratura da epifise distal do radio e ulna.
- Avulsao do processo estiloide da ulna.

CM

02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ

LOCAL DE NASC.: MOSSORÓ - RN

RELACÃO: VICENTE CAPARROZ

MARIA SIVONEIDE DA COSTA

DCC REPRESENTAÇÃO: RG 485089450 SSP SP

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

DATA DE VIGÊNCIA: 11/04/2008

RG 485089450

LOCAL DA EMISSÃO: CENTRAL DO CIDADÃO MOSSORÓ-RN

EMISSÃO: 11/04/2008

Sergente D. S. Gomes

CONSELHO DE JUSTIÇA

13/06/1990
Mossoró

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CPF

132.07297.64-0

4421765

002-0

RN

Ângela Emanuella da Costa Caparroz

ASSINATURA DO TITULAR

IMAGEM DO TITULAR



4-6650

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
NÚCLEO DE IDENTIFICAÇÃO ACORDO OUVINHO DA UNF

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MARCA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

ZB4E7NMF




VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO Nº **62.163.321-5** 1 via EMBOLO 28/04/2016

MARCA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

GERONCIO FELIX DA SILVA
MARILENE PEREIRA DA SILVA

MIOSSORO - RN

DATA DE NASCIMENTO
05/11/1986

MIOSSORO - RN QUARTO OFÍCIO CCLV.B88 /RLS.163 /Nº22780

064832784/44

A distribuição do documento
LEI Nº 7.116 DE 06/05

9804-2204

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN

64018970/2019

Nº 014373666187

16798318848

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA	COD RENAVAM	PNTRC
2	01026538619	*****

NOME/ENDEREÇO
MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES
R ANTONIO LUCAS RESENHA, 5
BELO HORIZONTE
59.604-431 MOSSORO/RN

CPF/CNPJ	PLACA
064.882.784-44	09F7H83

NOME ANTERIOR
FRANCISCO DE ASSIS GOMES DE LIMA

PLACA ANT/UF	CHASSI
09F7783/RN	3C2HB0210FR004311

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NÃO APLICAVE	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/POP100	2014	2015

CAP/POT/CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
OCV/37 CILINDRADAS	PARTICULAR	VERMELHA

OBSERVAÇÕES
MOTOR: HB02E1F004311
VEÍCULO NÃO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA
QUANDO EM LOCAL SEGURO

MOSSORO/RN	DATA
	24/06/2019

Carimbo e Assinatura do Diretor
Coordenador do Detran do Rio Grande do Norte
DETRAN - RN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200258232 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA **Data do acidente:** 09/04/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.
LOPES

PARECER

Diagnóstico: Fratura da epífise distal do rádio e ulna esquerdas. Avulsão do processo estilóide da ulna esquerda. Ferimentos corto-contusos em região dos lábios, mucosa oral e do mento. Ferida corto contusa em região inguinal direita.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta cicatriz de sutura em região inguinal direita e lábio superior. Redução leve dos movimentos de flexão e extensão do punho esquerdo. Deambulando normalmente.

Resultados terapêuticos: Vítima admitida em unidade hospitalar com ferimentos corto-contusos em região dos lábios, mucosa oral e do mento, deformidade em membro inferior esquerdo e ferimento corto-contuso com perda de tecido em membro inferior direito, queixa algica, sendo encaminhado para exames de imagem. TC de face não identificando fraturas, sendo encaminhada para limpeza, anestesia local e sutura dos ferimentos faciais. Diagnosticada com fratura da epífise distal do rádio e ulna esquerda e avulsão do processo estilóide da ulna esquerda, sendo realizada imobilização com imobilização gessada por aproximadamente 06 semanas. Evoluindo sem complicações, com alta ortopédica e do bucomaxilofacial. Refere ter realizado fisioterapia, com alta definitiva.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/07/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200258232**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Antônio Lucas Bezerra, 09 - Mossoró - RN - CEP 59604-431

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /SP**] **62163321-5**

Data e local do acidente: [**09/04/2020**] **Avenida Coelho Neto, Boa Vista, Mossoró, RN**

Data e local do exame: [**28/07/2020**] **Mossoró** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura da epífise distal do rádio e ulna esquerdas. Avulsão do processo estilóide da ulna esquerda. Ferimentos corto-contusos em região dos lábios, mucosa oral e do mento. Ferida corto contusa em região inguinal direita.

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

Ao exame, vítima apresenta cicatriz de sutura em região inguinal direita e lábio superior. Redução leve dos movimentos de flexão e extensão do punho esquerdo. Deambulando normalmente.

III. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

Vítima admitida em unidade hospitalar com ferimentos corto-contusos em região dos lábios, mucosa oral e do mento, deformidade em membro inferior esquerdo e ferimento corto-contuso com perda de tecido em membro inferior direito, queixa algica, sendo encaminhado para exames de imagem. TC de face não identificando fraturas, sendo encaminhada para limpeza, anestesia local e sutura dos ferimentos faciais. Diagnosticada com fratura da epífise distal do rádio e ulna esquerda e avulsão do processo estilóide da ulna esquerda, sendo realizada imobilização com imobilização gessada por aproximadamente 06 semanas. Evoluindo sem complicações, com alta ortopédica e do bucomaxilofacial. Refere ter realizado fisioterapia, com alta definitiva.

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do punho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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 (*).

() "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 (Sequela):

Punho esquerdo

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.



Dr. Luis F. C. Nascimento
ORÇATELA E TRANSMISSÃO
CRM 4863

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0203157/20

Vítima: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

CPF: 064.882.784-44

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 09/04/2020

Titular do CPF: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ : 094.386.524-77

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

MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES : 064.882.784-44

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: 21/07/2020
Nome: ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ
CPF: 094.386.524-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/07/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Marcia Raquel Felix da Silva Lopes
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
Profissão: Vendedora
Identidade: 52.163.321-5 CPF: 064.882.784-44
Endereço: Rua Antonio Lucas Bezerra, 09 Belo Horizonte
Mossoro RN.

OUTORGADO:

Nome: Angela Emanuely da Costa Caparroz
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Do lar
Identidade: 485089450 CPF: 094.386.524-77
Endereço: Rua Francimar Bezerra da Silva, 200, Planalto 13 de
maio, Mossoro RN.

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

Marcia Raquel Felix da Silva Lopes



Mossoro RN, 18/05/2020

Local e data

Marcia Raquel Felix da Silva Lopes

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS DE MOSSORO - RN

Rua Santos Dumont, 10 - Centro - Titular: LUCIENE BEZERRA DE MENDONÇA FERNANDES
Cont.: (84) 33213312 e-mail: cartorio2mossoro@hotmail.com

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: MARCIA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0203157/20

Vítima: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

CPF: 064.882.784-44

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 09/04/2020

Titular do CPF: MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ : 094.386.524-77

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

MARCIA RAQUEL FELIX DA SILVA LOPES : 064.882.784-44

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: 21/07/2020
Nome: ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ
CPF: 094.386.524-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/07/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANGELA EMANUELLY DA COSTA CAPARROZ

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA