

---

**Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200259882**

**Vítima: ROGERIO JULIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 08/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

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

**Senhor(a), ROGERIO JULIO DA SILVA**

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, 27 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200259882**

**Vítima: ROGERIO JULIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 08/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ROGERIO JULIO DA SILVA**

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, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200259882

Vítima: ROGERIO JULIO DA SILVA

Data do Acidente: 08/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROGERIO JULIO DA SILVA

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 um dos membros inferiores 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: ROGERIO JULIO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000588

Conta: 00000130193-4

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

1 - 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: 039.863.804-77 4 - Nome completo da vítima: Rogério Julio da Silva

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

5 - Nome completo: Rogério Julio da Silva 6 - CPF: 039.863.804-77  
7 - Profissão: 8 - Endereço: R. Isaura F. Chira 9 - Número: 20 10 - Complemento:  
11 - Bairro: M. Pereira 12 - Cidade: Mogiçuba 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58375-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 98663-4900

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 A R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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: 0588 CONTA: 001301434 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, considerando, 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 nº 194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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 aqueles 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.

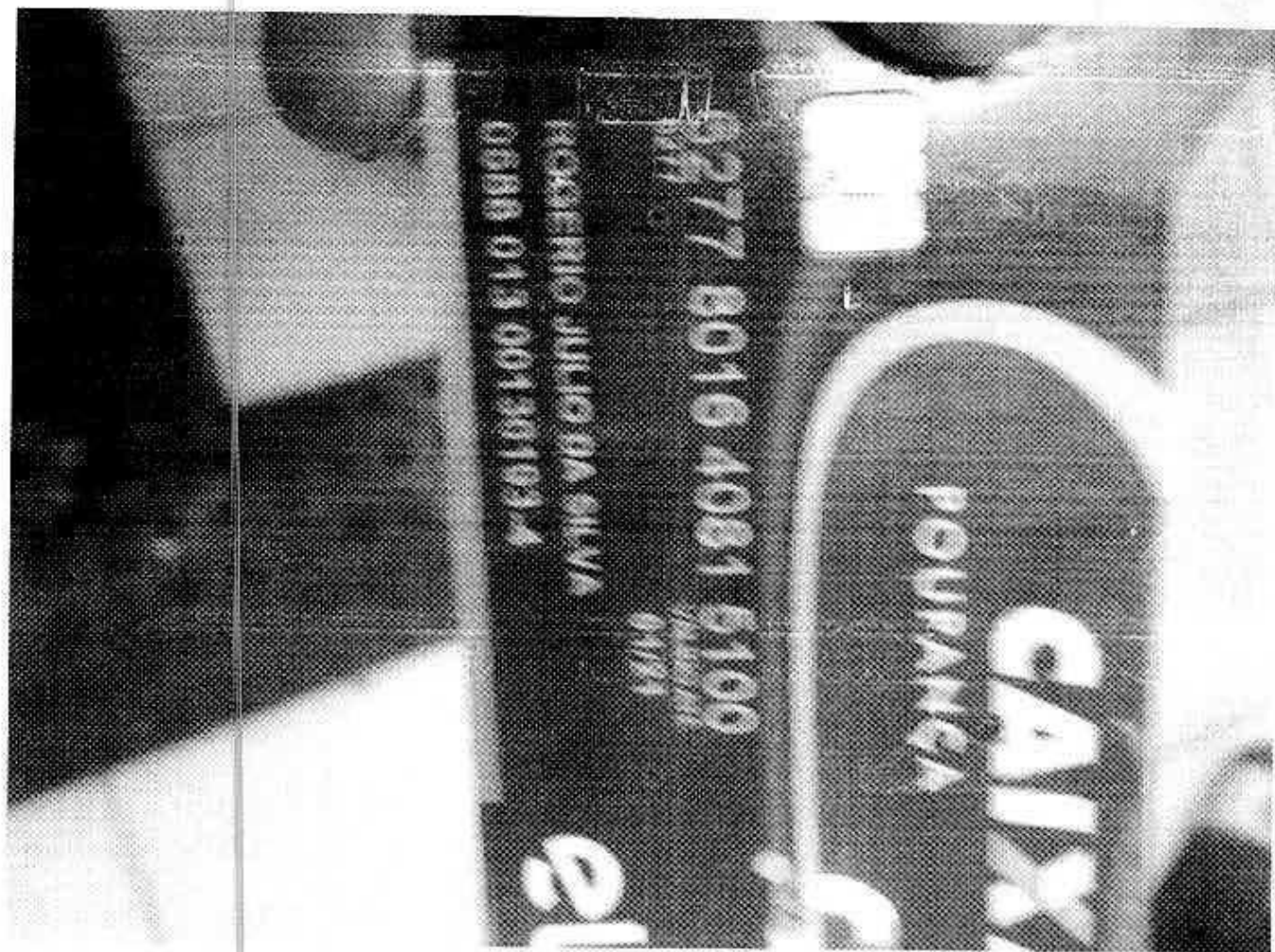
34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 21/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Rogério Julio da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



agencia - 0588  
oper aggl - 013  
conta - 001301934.





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
Nº 041448.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito Via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 041448.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: as 14:57 min do dia 02/07/2020, na Delegacia Online, **ROGERIO JULIO DA SILVA**, nacionalidade Brasileira(a), profissão AUTÔNOMO, natural de Mogeiro, nascido(a) em 11/03/1982, idade 38, estado civil Casado(a), de cor Parda, filho(a) de **CELI V. MARIA DA SILVA** e **JOAO JULIO DA SILVA**, CPF 039.863.804-72, residente e domiciliado(a) na RUA FERREIRA ISAUARA LIRA, nº 0, bairro MANGABEIRA, na cidade de João Pessoa/PB, CEP: 58000000, telefone(s) 8398, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 08/05/2020 17:00h; Tipificação: Boletim Emergencial; Tipo do Local Indefinido; Local do Fato: AVENIDA PRESIDENTE JOAO PENSOA, CENTRO, Mogiçuru/SP.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto HONDA/CG 125 TITAN KS, ANO/MOD 2003/2003, COR VERMELHA, PLACA KUF 7603 - PERNAMBUCO CHASSI 9C2C30103R186592 em nome de RIVALDO GOMES PEREIRA, CPF de n.º 069648364-31, quando AO TENTAR desviar de um buraco bateu na vala vindo a perder o controle e caindo a solo, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e em seguida encaminhado para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde foi atendido.

Sendo o que havia a constar, cientificado esta declarante das implicações legais comidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

ROGERIO JULIO DA SILVA

738875A11C9611430C4FE17B41B3A5FE1

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegação Online através do código de controle, [www.delegacaionline.pb.gov.br](http://www.delegacaionline.pb.gov.br), Tel. (35) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegacaionline@sedsp.pb.gov.br](mailto:delegacaionline@sedsp.pb.gov.br)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 039.863.804-77 4 - Nome completo da vítima: Rogério Julio da Silva

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

5 - Nome completo: Rogério Julio da Silva 6 - CPF: 039.863.804-77  
7 - Profissão: 8 - Endereço: R. Sauria F. Chira 9 - Número: 20 10 - Complemento:  
11 - Bairro: M. Pereira 12 - Cidade: Mogiçaba 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58375-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 98663-4900

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 A R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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: 0588 CONTA: 001301434 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, considerando, 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 nº 194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

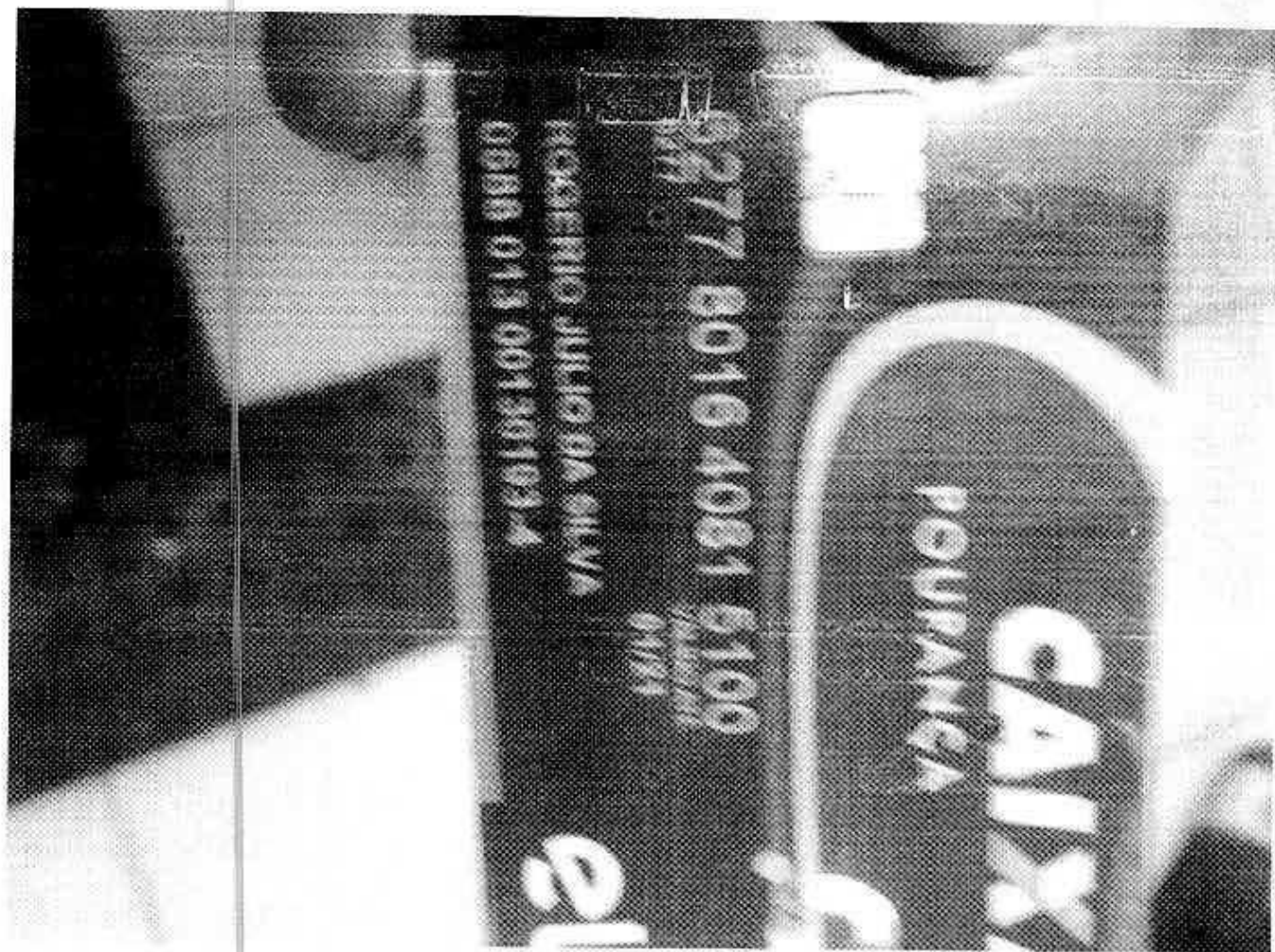
34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 21/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Rogério Julio da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



agencia - 0588  
oper aggl - 013  
conta - 001301934.



# 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: 13/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: ROGERIO JULIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00588

CONTA: 000000130193-4

---

Nr. da Autenticação F18A11DF303FEB2C

**CAGEPA**

CONDOMÍNIO SERRAS E ESCURAS (L.A. 24.243.80)  
Rua Feliciano Gomes, 329 - Jaguaribe, João Pessoa - PB  
CEP- 56.015-870- CNPJ/04.121.632/0001-54

2012-2013

487301

4525

SOJAKES & DITCHES: HOW TO SURVIVE IN THE WIND

CRIEZA MARIA DA SILVA

RUA ISAURA FILHA, 29 - FOT MARIA PEREIRA MACHADO

PH 58375-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias			Resp
			Residência	Comercial	Industria	Público
154.002.570.0000.000		000	1	0	0	0
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água			Situação
A97A014930	31/08/1998	INTERNO	LIGADO			POTI
ANTERIOR   ATUAL   CONSORCIO (M2)   VOR DE DIAS   PROVINCIA						
458	458	1	31			26/07/23
HIST. CONS / ANOS LEIT.   QUAIS AGUA AMEXO 20 PORT. 05/20						
MAR/2020	1	60	PARAFETROS FAIG. ANALIS. CO			
MAR/2020	1	60	TURBIDEZ 10 5			
FEV/2020	1	60	CLORO 10 5			
JAN/2020	1	30	PH 0 0			
DEZ/2019	1	30	COR 10 5			
MEDIA(M)	1		COL.TOTAIS 10 5			
DADOS REFERENTES A ABR/2020						

DATA ON IMPRESSIO 10/15/2008

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
HORA DE TRANSPORTE			

[illegible]

CONSUMO DE AGUA  
CENTRAL DE UNIDADES (5)

219

## BOLETO PARA PAGAMENTO

Declaración de venta al por mayor

### Delimitando ZDC e regulamentando de custos

0000-0001-9300-0000 N° 046-181-640



**ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A**  
 R. 230, Km 25 - Cistão Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680  
 CNPJ 08.095.181/0001-48 - Insc. Est. 16.015.823-0

SAODS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE 157, SALA 01

JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

## REFERÊNCIA

JUN/2020

## APRESENTAÇÃO

18/06/2020

**CONSEJO**

162

VINO KSENJA

26/06/2020

TOTAL 6 845 48

R\$ 134,03

Access: [www.energy.a.com.br](http://www.energy.a.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 10129.254172 9 82980000013403

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número

315E2440010129254

Nr. Documente	Nr. Documente	Nr. Documente	Nr. Documente	Nr. Documente	Nr. Documente	Nr. Documente	Nr. Documente
1	2	3	4	5	6	7	8

0016982H1202006

Data Vencimento

26/06/2020

Valor do Documento.

RS 134.03

Valor Pago	
------------	--

2020	2021	2022	2023
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARA A DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA			

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Acência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradalider.com.br](http://www.seguradalider.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://www7.susep.gov.br/DISLUIOTECAWEB/DGCORIGINAL.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 9.513/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rogéria Júlia da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.863.804 / 77

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rogéria Júlia da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.863.804 / 77, 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 Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 21/07/2020

Alexandria Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante

36/158



# LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Regenio Farias da Silva</u>		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: <u>38a</u>	SEXO: <u>Masculino</u>	CLÍNICA: <u>Orto</u>	LEITO
DATA DE ADMISSÃO: <u>08/05/2020</u>		DATA DE ALTA: <u>14/05/2020</u>	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>fx dor crônica da perna</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA: <u>5<sup>da</sup> 829</u>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:			
SINTOMAS DE INICIÇÃO:			
SINTOMAS DE EVOLUÇÃO:			
PRONÓSTICO RELATIVO:			
TERAPIA MEDICAMENTOSA:			
ANAMNESE PATOLÓGICA:			
INFECÇÃO PO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO:			
EVOLUÇÃO DE CURA:			
<input type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO

RELATÓRIO DE HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES:  
fx de fratura da tíbia e fíbula M&C de  
fechadura, operado por Tto com fixador  
externo e acompanhamento em ambulatório

## ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: \_\_\_\_\_

REPOUSO: Relativo em casa por \_\_\_\_\_ dias  
Retorno as atividades sem esforço físico em \_\_\_\_\_ dias  
Retorno as atividades com esforço físico leve em \_\_\_\_\_ dias e com esforço maior em \_\_\_\_\_ dias

ATENDIDOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar

MEDICAÇÕES PARA CASA: \_\_\_\_\_

RETORNO Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos  
Ao Ambulatório do Dr. Roberto em \_\_\_\_\_ dias para revisão

14/05/2020 DATA

Jr. Videban Carvalho Jr. ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO	
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE	
	NÚMERO DO DOCUMENTO / DATA DE EMISSÃO 2527718 557 78
	CPF / DATA NASCIMENTO 046.502.754-74 21/08/1982
	FILIAÇÃO ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE
	PERMISSÃO / ALC / CATEGORIA [ ] [ ] 9
Nº IDENTIFICADORA 0185189662	VALIDADEZ / 1ª EMISSÃO / 2ª EMISSÃO 16/01/2017 29/06/2001
<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;"><i>Alexandra Cesar Duarte</i> ASSINATURA DO TITULAR</p>	
LOCAL JOÃO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 17/01/2014
<p style="text-align: center;"><i>Rodriga Carneiro Lima</i> ASSINATURA DO FISCAL</p>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>66288356744</span> <span>PE027919595</span> </div>	

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
894056231

FIM DE IDENTIFICADORA  
894056231

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 21.033.187-2

DATA DE EXPIRAÇÃO 24/03/2011

NOME ROGERIO JULIO DA SILVA

ENDEREÇO RUA JULIO DA SILVA

CIDADE MARIA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 13/03/1982

C.N.A. G. LEV. 6A PLS 100V TCEM 4873

ROGERIO PB 039.033.504-77 PLS 32810478974

LEI Nº 7.116 DE 27/06/83

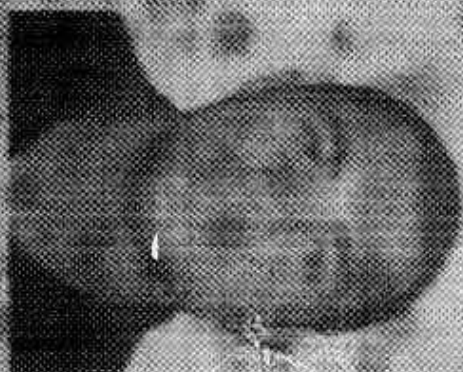
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DA GARRA CIVIL  
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICACAO CIVIL



Portuguez Oliveira



Roberto Yuliana Silva

Assessoria de Trânsito

CARTEIRA DE IDENTIDADE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200259882 **Cidade:** Mogeiro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROGERIO JULIO DA SILVA **Data do acidente:** 08/05/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 10/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** X  
PERÍCIA RECUSADA.

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200259882 **Cidade:** Mogeiro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROGERIO JULIO DA SILVA **Data do acidente:** 08/05/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 24/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** X

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200259882 **Cidade:** Mogeiro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROGERIO JULIO DA SILVA **Data do acidente:** 08/05/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 07/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** X  
PERÍCIA RECUSADA.

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200259882 **Cidade:** Mogeiro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROGERIO JULIO DA SILVA **Data do acidente:** 08/05/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 24/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P1

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200259882 **Cidade:** Mogeiro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROGERIO JULIO DA SILVA **Data do acidente:** 08/05/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 24/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P1

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200259882 **Cidade:** Mogeiro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROGERIO JULIO DA SILVA **Data do acidente:** 08/05/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 10/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** X  
PERÍCIA RECUSADA.

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Rogério Julio da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua Isaura S. Silva nº 20, bairro Vol. Maria Rêdo, Município de Mogeiro, Estado de(o) PB, Cep: 58375-000, portador(a) do Rg nº 23.033-187-2 SSP/PB e CPF nº 039.863.804-77

**Outorgado:** Alexandra Luyar Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Gen. S. Costa Duarte, 137, bairro Mogeiro, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 26.277-18 SSP/PB e CPF nº 046.502.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ROGÉRIO JULIO DA SILVA, ocorrido em 08/05/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza involuntária.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Mogeiro 12, de Junho de 2020.

ROGÉRIO JULIO DA SILVA  
Outorgante  
CPF Nº 039.863.804-77

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



CARTÓRIO RCPN E NOTAS DE MOGEIRO

Avenida Pres. João Pessoa, 54, Centro, Mogeiro - PB

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de  
ROGÉRIO JULIO DA SILVA

Do(a) f.º Mogeiro/PB - 12/06/2020

Notário: Francisco de Assis Silva Júnior

Selo Digital: AJY77754-3R73

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$10,19 Farpen R\$0,25 MP R\$0,16 Fepe R\$0,30

Francisco de Assis Silva Júnior  
OAB 115.312/2019





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0204380/20

**Vítima:** ROGERIO JULIO DA SILVA

**CPF:** 039.863.804-77

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 08/05/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ROGERIO JULIO DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### ROGERIO JULIO DA SILVA : 039.863.804-77

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: 22/07/2020  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA