

Screenshot of a web browser showing a digital document viewer interface. The URL is <https://tpi.pje.jus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=574853&ca=475a6d94ea67115da370363dc8cc3c9b9c...>

The page title is "ProceComCiv 0821832-51.2020.8.18.0140" and the user is "ADRIANA MARTINS DE ARAUJO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE..."

The document viewer displays a list of attachments under "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" dated "29 Jan 2021". The attachments are:

- 14368345 - CONTESTAÇÃO (2777550 CONTESTACAO 01)
- 14368348 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 14368356 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
- 14368357 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 14368362 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

The main document content is a scanned page titled "downloadBinario.seam" with the number "1 / 9" and a "100%" zoom level. The page is dated "2777550- C3/ 2020-04767/ INVALIDEZ" and features the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS". The text on the page reads:

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08218325120208180140

The browser toolbar at the bottom shows icons for various applications including Email, Controle de, Mensagens, Nucleo de, Audiências, Consulta pr..., 0821832-51, Baixar o ar..., (40) WhatsApp, Portal do Advogado, Google, Zimbra: Movimenta..., Publicações, Email - Alana Lima..., and Online Video Cutter... The status bar at the bottom right shows "PT", "10:45", "29/01/2021", and "10:44".



Número: **0821832-51.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **29/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.367,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ADRIANA MARTINS DE ARAUJO (AUTOR)</b>	<b>JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14368 348	29/01/2021 10:44	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200190609**      **Vítima: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO**

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

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

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

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

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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

Carta nº 15810738

Pag. 00587/00588 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020294



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:44:25  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910442549400000013585185>  
Número do documento: 21012910442549400000013585185

Num. 14368348 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200190609**      **Vítima: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO**

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

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

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

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000699**

Conta: **0000066634-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:44:25  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910442549400000013585185>  
Número do documento: 21012910442549400000013585185

Num. 14368348 - Pág. 2

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 29/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

1954.316.543-15 Adriana Martins de Araujo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Adriana Martins de Araujo

6 - CPF:

1954.316.543-15

7 - Profissão:

Acabamento

8 - Endereço:

Rua. Vero Fino

9 - Número:

2379

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Acabamento

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.000.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86)9-8887-7169

DADOS CADASTRAIS

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:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0699

(informar o dígito se existir)

013 CONTA: 666.34

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

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

PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

34  
Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
do seguro

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina, Piauí, 25.05.2020

Adriana Martins de Araujo

Reylley Leane  
de Araujo

Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

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

**Delegado:** ERIKA MOURÃO MELO DE AGUIAR

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

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Data/Hora**

15/02/2020 - 15:00

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Bairro**

MUNICÍPIO

POTI VELHO

TERESINA

**Endereço**

RUA ISIDORO FRANÇA, Nº: 00

**Ponto de Referência**

Complemento

PROXIMO AO PANELEIRO

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

**Nome:** ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

**Tipo Envolv.:** VITIMA/Noticiante

RG: 2250610 SSP PI

Mãe: MARIA MARTINS DA SILVA

Pai: DAMASIO PEREIRA DE ARAUJO

Endereço: RUA OURO FINO, Nº 2377

Complemento: SANTA ROSA

Bairro: MONTE VERDE

Cidade: TERESINA - CEP: 64000-000

Telefone(s): 86-8874-7349

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**OBJETO(S) MATERIAL(ES) ENVOLVIDO(S)**

1 - OUTROS.

Cor: Vermelha

Qtd: 1

Valor: 0,00

Modelo: HONDA /BIZ 125 ES

Marca: HONDA BIZ 125 ES

Nº Série:

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

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

Delegacia Virtual - WEB

ADRIANA MARTINS DE ARAUJO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Luccy Kelko Leal Parreira  
Delegado Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

1954.316.543-15 Adriana Martins de Araujo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Adriana Martins de Araujo

6 - CPF:

1954.316.543-15

7 - Profissão:

Acabamento

8 - Endereço:

Rua. Vero Fino

11 - Bairro:

Acabamento

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.000.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86)9-8887-7169

DADOS CADASTRAIS

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:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0699

013

CONTA: 66634

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

PERMANENTE

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

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

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

MORTE  
NAO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vainascer):

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos:

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Sim

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário do documento

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina, Piauí, 25.05.2020

Adriana Martins de Araujo

Keylley Leane

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00699

CONTA: 000000066634-7

---

Nr. da Autenticação 79AE7427C69E7861



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:44:25  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910442549400000013585185>  
Número do documento: 21012910442549400000013585185

Num. 14368348 - Pág. 7

		<b>Para contato conosco, informe esse NÚMERO!!</b> ➤		<b>SEU CÓDIGO</b>
				<b>0969504-4</b>
<b>EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.</b> Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI CNPJ: 06.840.748/0001-89   Insc. Estadual: 19.301.383-5 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1 Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98				
<b>CONTA MÊS</b>	<b>VENCIMENTO</b>	<b>CONSUMO (kWh)</b>	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>	
<b>ABRIL/2020</b>	<b>05-05-2020</b>	<b>70</b>	<b>62,61</b>	
FRANCISCO FERREIRA DA SILVA R. OURO FINO 2377 2377 B-URBANO CPF: 00035405910368 CEP: 64.000-000 - TERESINA				
ROT: 3.001.24.03.010300				
<b>DADOS DA LEITURA</b> Atual: 13976 Anterior: 13906 Constante de Multiplicação: 1,000 Consumo Medido: 70 Consumo Faturado: 70		<b>DATAS DA LEITURA</b> Atual: 02/04/2020 Anterior: 04-03-2020 Próxima Leitura: 05-05-2020 Emissão: 01-04-2020 Apresentação: 02-04-2020		
Forma de Faturamento: <b>NORMAL</b>		Código de Irregularidade: Dias de Consumo: <b>29</b>		





Para contato  
contato, informe  
seu NÚMERO!

SEU CÓDIGO  
0051867-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0003-49 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SERAZ/PI/ME

Nº da Nota Fiscal 027701995

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

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

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

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	13692	Atual:	24/09/2019
Anterior:	13530	Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Médio:	162	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	162	Apresentação:	24/09/2019
Forma de Faturamento:	<b>NORMAL</b>	Código de Irregularidade:	
			Dia de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
<b>RESIDENCIAL</b>	<b>MONO</b>	<b>A1484335</b>		<b>1.1.1.1</b>	<b>152</b>
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo	CONSUMO	162 A R\$ 0,912203 =	147,77		
AGO/19	158	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	12,74		
JUL/19	151	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00	0,01		
JUN/19	154	CORRECAO MONETARIA 10/08/19-00	0,16		
MAI/19	140	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00	0,24		
ABR/19	143	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00	0,03		
MAR/19	153	MULTA POR ATRASO 08/19-00	2,89		
FEV/19	204	JUROS POR ATRASO 08/19-00	0,43		
JAN/19	133	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	6,47		
DEZ/18	136				
NOV/18	160				
TARIFA SEM TRIBUTOS:	8 A 162 - 0,555310				

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

Você pode agitar este bilhete no vencimento de suas faturas entre 1,5,10,15,20 ou 25 para que entre em contato com sua Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.80E6.B8A3.BC4E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77
Energia:	60,00	Aliquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:	32,58
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	1,62
		6,49%	7,48

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC		FIC		OMIC		DIOB	
	Mensual	Trimestral	Anual	Mensual	Trimestral	Anual	Mensual	anual

Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
--------	------	-------	-------	------	------	-------	------

Realizado	0,00			0,00			0,00
-----------	------	--	--	------	--	--	------

Conjunto	TERESINA-MACAUBA	Período de Atenção:	07/2019	EUS:	53,46
----------	------------------	---------------------	---------	------	-------

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO  
0051867-0  
TOTAL A PAGAR - R\$  
164,27

MÊS FATURADO  
09/2019  
VENCIMENTO  
01/10/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.740/0003-49 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM

83620000001 3 64270017000 3 00000000051 3 86700919008 5



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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:44:25  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910442549400000013585185  
Número do documento: 21012910442549400000013585185

Num. 14368348 - Pág. 9

**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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Moura de Oliveira  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 954.376.573-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Adriana Martins de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 954.376.573-15  
do sinistro de DPVAT cobertura imeduliz da Vítima Adriana Martins de Araújo  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 954.376.573-15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua: 24 de Janeiro</u>	Número:	<u>554</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>centro</u>	Cidade:	<u>Tuísima</u>	Estado:	<u>DF</u>	CEP:	<u>64.000.000</u>	
E-mail:							Tel. (DDD):	<u>(66) 994929549</u>

Local e Data: Tuísima - Piauí 25.05.2020

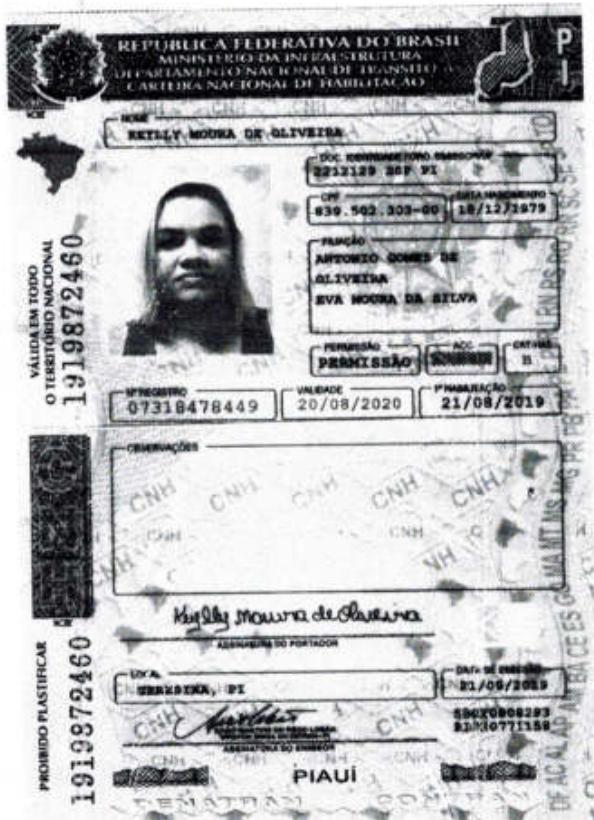
Keylly Moura de Oliveira  
Assinatura do Declarante





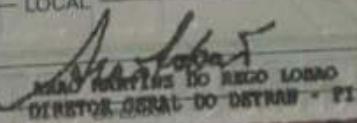
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:44:25  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910442549400000013585185>  
Número do documento: 21012910442549400000013585185

Num. 14368348 - Pág. 11



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETAN - PI** **Nº 014208598316**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA 0675	CÓD. RENAVAM 01067884154	R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019	
0176 b238 8126 4cm1 9a23 3115 d562	NOME ADRIANA MARTINS DE ARAUJO		
m4EE 9E08 8819	CPF / CNPJ 95437657315	PLACA PIP-7588	
PLACA ANT / UF -		CHASSI 9C2JC4820FR602843	
ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA /NENHUMA		COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS	
MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES		ANO FAB. 2015	ANO MOD. 2015
CAP / POT / CIL 02P/0124CC		CATEGORIA PARTICU	COR PREDOMINANTE VERMELHA
COTA ÚNICA IPVA		VENC. COTA ÚNICA FAIXA IPVA	VENC. / COTAS 1º IPVA 2º PAGO 3º PAGO
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGUR		IOF (R\$) PAGO	PRÊMIO TOTAL (R\$) 06/08/201
DATA DE PAGAMENTO SEGUNDO OBRIGATÓRIO OBSERVAÇÕES A/FID. DOCUMENTO DE CADASTRO DA ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON DA NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAL PIRIPIRI		DATA 06/08/201	
 ADRIANA MARTINS DO REGO LOBO DIRETOR GERAL DO DETAN-PI			



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:44:25  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910442549400000013585185>  
 Número do documento: 21012910442549400000013585185

Num. 14368348 - Pág. 13

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Adriana Martins de Araujo  
RG: 2250650 Orgão Emissor: SSP-PI  
CPF: 954.376.573-15 Nacionalidade: Brasileira  
Est. Civil: Solteira Profissão: Autônoma  
Endereço: Rua: Avere Fino Nº 2347  
Bairro: Centro Cep: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: Teresina-PI  
Telefone: (86) 98887-7169 ( ) \_\_\_\_\_

### OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira  
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros  
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro N° 554, Bairro: Centro norte  
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí  
Telefone: (86) 99472-9591 ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

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

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

Cobertura solicitada:  Invalidez Permanente  DAMS  Morte

Teresina - Piauí 09/03/2020  
Local e data

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

3º OFÍCIO



**CARTÓRIO THERMÓTOLES SAMPAIO**  
**3º OFÍCIO DE NOTAS**  
**CONSULTE O SELO**  
**DIGITAL**  
CARTÓRIO THERMÓTOLES SAMPAIO  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Kátia Gardênia da Silva Santos  
Escrivente Autorizada



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148255/20

**Vítima:** ADRIANA MARTINS DE ARAUJO

**CPF:** 954.376.573-15

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

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

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

#### ADRIANA MARTINS DE ARAUJO : 954.376.573-15

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 10:44:25  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012910442549400000013585185>  
Número do documento: 21012910442549400000013585185

Num. 14368348 - Pág. 15