

**Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima**[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

**Operação realizada com sucesso. Protocolo:**  
**2953182320210115104820**

**Processo 0832484-91.2020.8.23.0010**  - (24 dia(s) em tramitação)**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 4847 - Seguro**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Realces</b> 					
<b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b> 					
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor					
<b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/>					
<b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6					
<b>Seq.</b>	<b>Data</b>	<b>Evento</b>	<b>Movimentado Por</b>		
[ <input type="checkbox"/> ]	6 15/01/2021 10:48:20	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		6.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2778321CONTESTACAO01.pdf	Público
		6.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2778321CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
5	21/12/2020 17:08:41	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ		
4	21/12/2020 17:08:41	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ		
3	21/12/2020 17:08:41	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	21/12/2020 17:08:41	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 2ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
[ <input type="checkbox"/> ]	1 21/12/2020 17:08:41	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Thiago Amorim Dos Santos Advogado		



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, 20 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT:** 3190705962

**Vítima:** MARCIA DE SOUZA COELHO

**Data do Acidente:** 29/10/2019

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

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

**Senhor(a), MARCIA DE SOUZA COELHO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15268401



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, 23 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190705962**

**Vítima: MARCIA DE SOUZA COELHO**

**Data do Acidente: 29/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARCIA DE SOUZA COELHO**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00801/00802 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 15277395

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJXZ27NXBAH2CN8ZUCYNB



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 Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190705962**      **Vítima: MARCIA DE SOUZA COELHO**

**Data do Acidente: 29/10/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MARCIA DE SOUZA COELHO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha opção(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:

447.157.227-91

MARCIA DE SOUZA COELHO

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

7 - Profissão: AUTONOMA 8 - Endereço: RUA GIGAO MESTRE A VIANA 9 - Número: 1623 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

11 - Bairro: SANTA LUZIA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69317-173 15 - E-mail: marciasouzacoelho@gmail.com 16 - Tel (DDD): 95199169-3685

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

RECUZO 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 BANCARIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENITACAO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (257)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4263 CONTA: 10.201 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) 6 (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 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.

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 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 vitima:  Solteiro  Casado (ex-Casado)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data da morte 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (várias)?  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário (se disponível)

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 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: ROA VISTA - RR, 10/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

567161



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044042/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/12/2019 09:44 Data/Hora Fim: 10/12/2019 10:04  
Origem: Polícia Judiciária Data: 10/12/2019  
Delegado de Policia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 29/10/2019 15:25

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Ataíde Teive

Bairro: Equatorial

Ponto de Referência: Próximo ao Supermercado Macuxi  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB )

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARCIA DE SOUZA COELHO (VITIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: ES - Vitória Sexo: Feminino Nasc: 26/04/1969  
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais Escolaridade: Ensino Médio Completo  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Delzira Vital de Souza Nome do Pai: Jurandi Alves de Souza

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 447.157.222-91  
RG - Carteira de Identidade: 66840

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua: Grão Mestre Ademir Viana Nº: 1623  
Complemento: Casa  
Bairro: Santa Luzia  
Telefone: (95) 99129-9262 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPORTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 447.157.222-91

Placa NAO-2472

Renavam 01078682434

Número do Motor J4DFM01970

Número do Chassi 95VJK6D2FGM002647

Ano/Modelo Fabricação 2016/2015



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 10/12/2019 10:04  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044042/2019

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo DAFRA/ZIG 50

Modelo DAFRA/ZIG 50

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvidos

Marcia de Souza Coelho

Proprietário

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvidos

Desconhecido 1

Depositário, Proprietário,  
Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que não é habilitada, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo à motocicleta de sua propriedade também devidamente descrita acima, quando teve sua preferencial invadida por um veículo que trafegava na Avenida Santo Antonio, não sabendo informar à placa, apenas que tratava-se de um VOLKWAGEN/GOL DE COR PRATA e que sua condutora permaneceu no local e se apresentou com o nome de JÔ, não sabendo mais nenhuma informação sobre a mesma. Que sofreu lesões corporais e foi levada ao HGR por populares. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.** Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS	
Jefferson Inacio Araujo Agente de Polícia Civil Matr. 022000902	Marcia de Souza Coelho (Comunicante / Vítima / Envolvido)
Jefferson Inacio Araujo Agente de Polícia Matrícula 42000902 Responsável pelo Abandono	

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



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha opção(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:

447.157.227-91

MARCIA DE SOUZA COELHO

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

MARCIA DE SOUZA COELHO 847.157.227-91 AUTONOMA RUA GIGAO MESTRE A VIANA 1623 CASO

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

SANTA LUZIA BOA VISTA RR 69 317-173 marciasouza200@gmail.com 95199169-3685

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

RECUZO 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 BANCARIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENITACAO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (257)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4263 CONTA: 10.201 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) 6 (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 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.

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 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 vitima:  Solteiro  Casado (co-Civ)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 25 - Data da morte da vítima:

26 - 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (váncio):  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário (se disponível)

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 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RIO VISTA - RR, 10/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**RORAIMA ENERGIA**  
RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Eraldo Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.907.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Imprensa autorizado pela SEFAZ 388/13

Para orientar com a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO » **SEU CÓDIGO** **0046138-5**

DATA MÊS	DATA EMISSÃO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A EMPAR (R\$)												
<b>OUTUBRO/2019</b>	<b>16/11/2019</b>	<b>592</b>	<b>477,92</b>												
MARIO DO NASCIMENTO COELHO R. GRHO-M ADENTR VIANA 1623 SANTA LUZIA															
<b>DADOS DA LEITURA (KWH)</b>															
Atual:	19857	DATA DA LEITURA													
Anterior:	19265	Atual:	18/10/2019												
Dias de consumo:	38	Anterior:	18/09/2019												
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima leitura:	18/11/2019												
Consumo medido:	592	Emissão:	09/10/2019												
Consumo Retornado:	592	Apresentação:	18/10/2019												
E: 38.992 - 21.91.244999															
<b>DADOS DA UNIDADE DE CONSUMIDORA</b>															
Grupo/Subgrupo: B															
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL															
Ligação: SI															
Número Medidor: 1670BB1974															
Forma de Fatura: NORMAL															
Modalidade: COMERCIAL															
<b>GERAÇÃO DA CONTA</b>															
CONSUNO ILUMINAÇÃO PÚBLICA	592 A R\$ 0,764602 =	452,64	25,28												
<b>DETALHES INFORMAÇÕES</b>															
TARIFA SEM TRIBUTOS: B A 592 - 0-634628															
Média t2 messe: 581															
<b>HISTÓRICO DE MEDIDAS</b>															
19857	1949	421	421	543	634	634	718	718	752	752	421	421	519	519	519
NOV/18	NOV/18	DEZ/18	JAN/19	FEB/19	MAR/19	ABR/19	MAY/19	JUN/19	JUL/19	AUG/19	SETE/19	AGO/19	SET/19	OUT/19	NOV/19



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capital Brasileira, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.023-8

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 3-1  
Regime Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ/RR/08/13

Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0032588-0

Nº da Nota Fiscal: 4052960

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002/FCAM\*

CONTA MENSAL	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ROMARIA PEREIRA DE SOUZA R. GIDEAO 312 - NOVA CANAÁ CEP: 69.314-406 - BOA VISTA			CPF: 00087628650249

DADOS DA LEITURA (kWh)		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	26182	Atual:	17.11.2019
Anterior:	25984	Anterior:	21.10.2019
Dias de consumo:	29	Próxima leitura:	12.12.2019
Corretivo de Multiplicador:	1,00	Emissões:	1.0.11.2019
Consumo medido:	223	Apresentações:	17.11.2019
Consumo faturado:	239		

DESCRIPÇÃO DA CONTA			
CONSUMO ILUMINAÇÃO PÚBLICA	239	A R\$ 0,771640 =	184,42 29,44

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDICÔES	
TARIFA SEM TRIBUTOS: R\$ 0,239 - 0,625880		 Nov/18: 264, DEC/18: 163, JAN/19: 221, FEB/19: 185, MAR/19: 212, APR/19: 252, MAY/19: 223, JUN/19: 160, JUL/19: 182, AUG/19: 173, SEP/19: 186, OCT/19: 111, NOV/19: 239.	
Média 12 meses: 239			

	<p>Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/12/2019, em função das contas retrasadas nessa fatura. O não pagamento poderá ensejar, também e inclusive ao do nome de consumidor na SERSA, informações ainda existentes em contas vinculadas e já vencidas(s) no valor de R\$ 1.588,14 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.</p>
MENSAGENS IMPORTANTES	<p>Mes-Ano Valor R\$ 18/2019 114,37</p>
REAVISO DE VENCIMENTO	<p>PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P. NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESDE ATÉ 30A. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS -&gt; RESOLUÇÃO ANEEL-N. 2.634 DE 29/10/2019. LIGUE 08007819128 E FAÇA O PDR VENCIMENTO! 16.11.16 21.26</p>

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS, CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	Encargos:	Bases de Cálculo:	ICMS:	
Distribuição: 95,72	Tributos: 5,64	184,42	PIS: 17,00%	31,36
Transmissão: 43,65	36,37	COFINS: 8,37%	8,69	
			17,00%	8,69

INDICADORES DE CONTINUIDADE				
	DIC	FIC	DMC	DCR
Límito	8,85	17,70	35,40	8,46
Realizado	8,00	0,00	0,00	0,00

ROT: 8.001.16.07.011700



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capital Brasileira, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.023-8

SEU CÓDIGO  
0032588-0

MÊS FATURADO

TOTAL A PAGAR - R\$  
239,86

VENCIMENTO

Nº da Nota Fiscal: 4052960

FCAM\*

83620000002 1 13860075000 2 00000000032 3 58801119008 3



SEQ.: 0262 UC: 0032588-0 DT.LEIT.: 19/11/2019 T.ENTR.: 04  
LEITURA: 26102 NORMAL TOTAL: 213,86 CARGA: 003  
DT.VENC.: 11/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4141



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### 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 José SANTANA FERREIRA (Guimaraes) inscrito (a) no CPF/CNPJ 627.942.303-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCIA DE SOUZA COELHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 447.157.222-91, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARCIA DE SOUZA COELHO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 447.157.222-91, 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	RUA GUIGEAÓ	Número	312	Complemento	CASA
Bairro	NOVA CANÁ	Cidade	BOA VISTA	Estado	RR
Email	J.SANTANAQUINTARAESRAF@GMAIL.COM	Telefone comercial(DDD)	(65)	Telefone celular (DDD)	(95) 99169-3685

Boa Vista, 10 de Dezembro de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

Guia de Atendimento 17

WTF0 UVE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1<sup>a</sup> Classificação/Reclassificação  
Secretaria de Estado da Saúde Vermelho  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Laranja  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 Amarelo  
Verde Azul Ass.

Reclassificação Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

Reclassificação Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

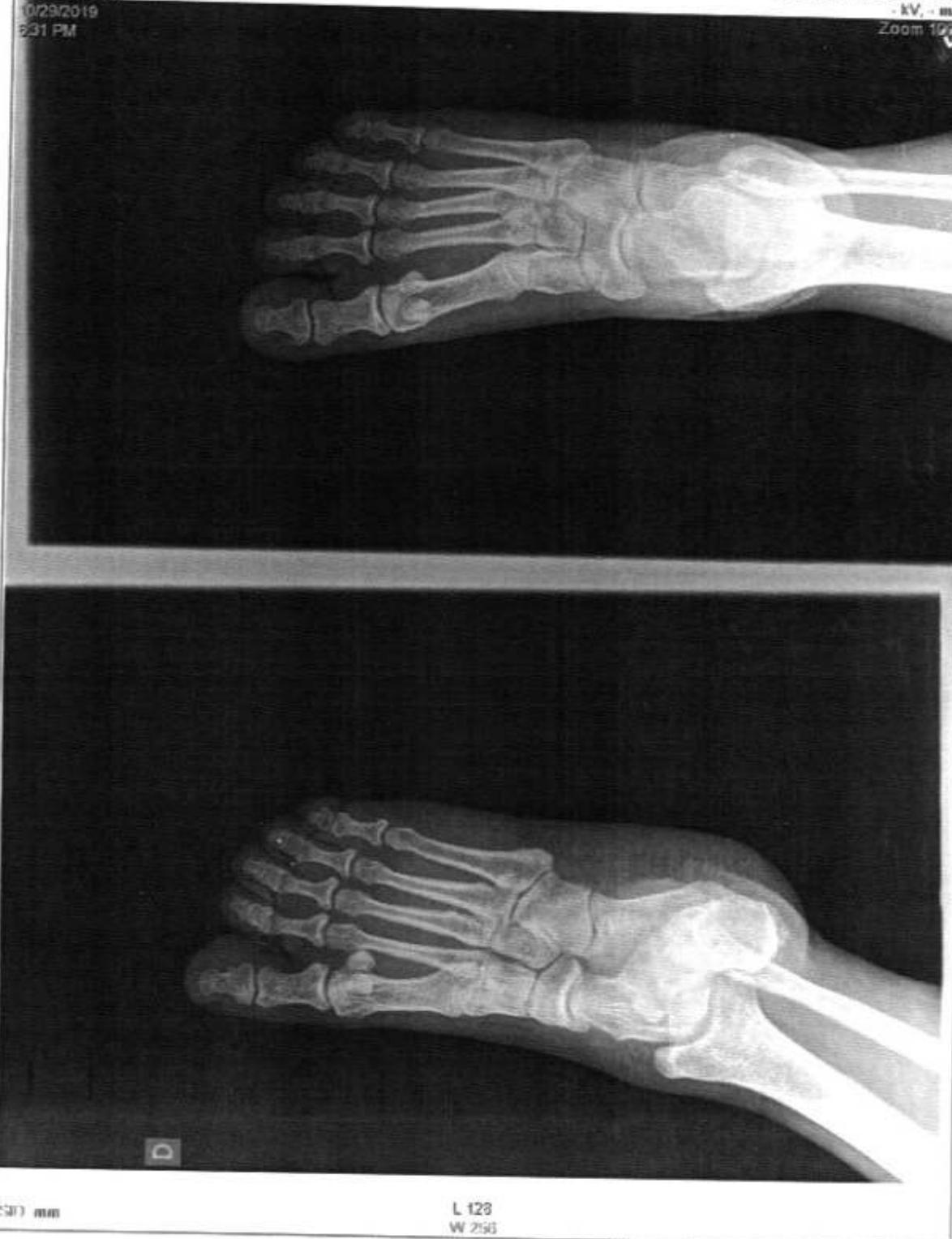
1901179900	29/10/2019 15:40:08	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	21		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
MÁRCIA DE SOUZA COELHO		26/04/1969	50 A 6 M 3 D	700704977982779				
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
Mãe				F		PARDA		BRASILEIRA
DELZIRA VITAL DE SOUZA					Pai		Contato	(95) 99129-9262
Endereço					NI		Ocupação	
RUA - GRAO-MESTRE ADEMIR VIANA - SN - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Selar	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	TRANSPORTADO POR TER						ALEXANDRO.PEREIRA	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
<i>Síntese automobilisticas</i>								
Anamnese de Enfermagem	<b>GSC</b> AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 <b>TOTAL 15</b>							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 15:50 h)	<i>Paciente refere colisão motocicleta com forte dor à mobilização e à palpação de pé (E). Nega ferimentos.</i>							
Exame Físico	<i>Paciente FEG, VOF, ANP, supina-se em um ambiente</i> <i>dor à palpação e mobilização de pé (E). Edema +1/4+ em base de pé (E).</i>							
Hipótese Diagnóstica	<i>Lesão óssea lúctea no pé</i>							
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
<i>Má fiz analgesia</i> <i>(1) Diprofene 1500 mg</i> <i>(2) tifatol 20mg PV</i>				<i>17/10/2020</i> <i>Denissa 08/10/2020</i> <i>08/10/2020 105.01 TF</i>				
<i>Dr. José A. Lopes Aguiar</i> <i>08/10/2020</i>								
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica, digo transferir para ORTOPEDIA <i>15h</i> <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <u>ORTOPEDIA</u>							
Óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : / : /							
Antes do 1º Atendimento? ( <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não)	Destino: ( <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IMI, Anatomia Patológica)							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Cafimbo e Assinatura do Médico				



**Not intended for official interpretation.**

MARIA DE SOUZA COELHO  
HGR-3420405742  
DINIZ E H  
0/29/2019  
6:31 PM

HOSP GERAL DE RORAIMA  
Operator N/RAIO/X/usuario  
- KV, - mAs  
Zoom 100%



**Not intended for official interpretation.**

MARCIA DE SOUZA COELHO

HGR-3420405742

12:

10/29/2019

5:21 PM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator HXRPAIO/Assunto

kV, mAs

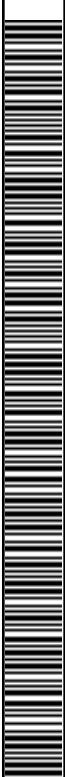
Zoom 100%

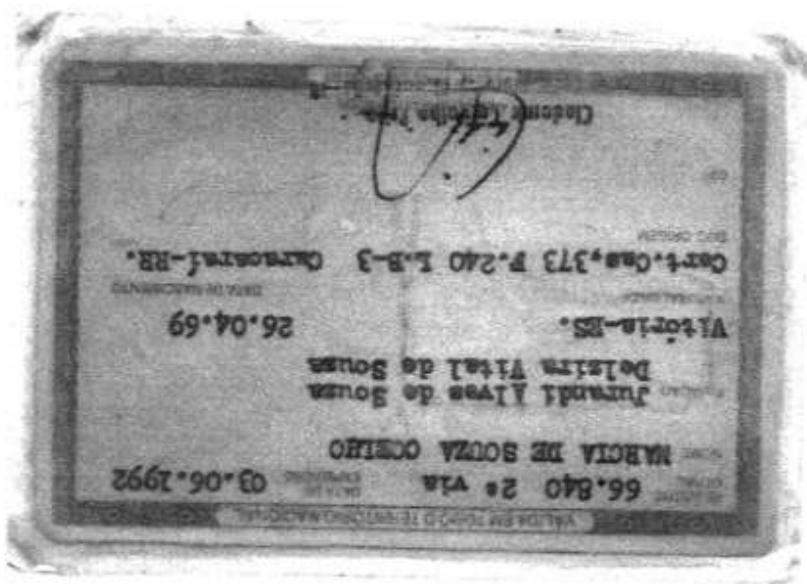


580 mm

L 128

W 256





## TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção de aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

**163.73837.15-8**

NÚMERO

**0735076**

SÉRIE

**002-0**

**RR**

*Marcia de Souza Coelho*

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



02

## QUALIFICAÇÃO CIVIL

### BRASILEIRO

NOME: MARCIA DE SOUZA COELHO

DOC. DE NASC.: VITÓRIA - ES  
FEIJO: JURANDIR ALVES DE SOUZA

DELÍCIA VITAL DE SOUZA  
DOC. ARIBAÉN/AD: R.G. 86840 SSP RR

ESTADO CIVIL: CASADO

LÍNGUA DE IDIOMA: PORTUGUÊS

RG: 66840  
DATA DE EMISSÃO: 01/02/2006  
LÍNGUA: PT-BR

CPF: 447.157.222-91  
ZONA: 005

LOCAL DA EMISSÃO: DRT/RN  
EMISSÃO: 19/09/2006

Assinatura do Titular

*Fátima*

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

ASSINATURA E CARIMBO DO SEGURO

NOME:

DOCUMENTO:

ASSINATURA E CARIMBO DO SEGURO

NOME:

DOCUMENTO:

ASSINATURA E CARIMBO DO SEGURO

NOME:

DOCUMENTO:

ASSINATURA E CARIMBO DO SEGURO

## LEGENDA

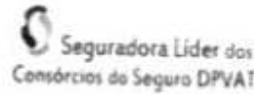
A - CASAMENTO    C - DIVÓRCIO    E - RECONHECIMENTO DE FÉRIAS    G - DATA DE NASCIMENTO  
B - SEJ. JUDICIAL    D - ATÓCICO    F - MUDANÇA DE ENDERECO







## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456805/19

**Vitima:** MARCIA DE SOUZA COELHO

**CPF:** 447.157.222-91

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/10/2019

**Titular do CPF:** MARCIA DE SOUZA COELHO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68**

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

**MARCIA DE SOUZA COELHO : 447.157.222-91**

Autogização 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: 17/12/2019  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: MARCIA DE SOUZA COELHO  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: CASADA  
PROFISSÃO: Autônomo RG: 66.840 880/RE  
CPF: 447.157.222-91 ENDEREÇO: R. GRÃO MESTRE A. VIANA N° 1629  
BAIRRO: SANTA LÚCIA CIDADE: BOA VISTA - Roraima  
CEP 69.392-173

VITIMA: MARCIA DE SOUZA COELHO  
CPF: 447.157.227-91 DATA DO ACIDENTE: 29-10-2019  
NATUREZA: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

OUTORGADA:

NOME: Josi SANTANA FÉLIX GRIMMERS  
NACIONALIDADE: Brasileira  
ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Autônomo  
Nº. DO RG: 141876399-3 ORGÃO EMISSOR: SSP/MA  
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999  
Nº. DO CPF: 627.942-803-68  
ENDERECO: RUA CRIOEIRO N° 342 BAIRRO: NOVA CANA  
A

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, junto a DELEGACIA, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista - RR, 10 de DEZEMBRO de 2019



Marcia de Souza Coelho  
ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456805/19

**Vítima:** MARCIA DE SOUZA COELHO

**CPF:** 447.157.222-91

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/10/2019

**Titular do CPF:** MARCIA DE SOUZA COELHO

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

#### MARCIA DE SOUZA COELHO : 447.157.222-91

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: 17/12/2019  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO