

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200313778

Vítima: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

Data do Acidente: 30/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200313778

Vítima: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

Data do Acidente: 30/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois foi entregue cópia simples.
----------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 30 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200313778

Vítima: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

Data do Acidente: 30/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Outubro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200313778**

Vítima: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

Data do Acidente: 30/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar
da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000000004765-9

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

61210722291 MAURO MARIANO F. DE NORONHA

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

5 - Nome completo: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA 6 - CPF: 61210722291
 7 - Profissão: AUX. PRODUÇÃO 8 - Endereço: R: FLAMBOIAN 9 - Número: B36 10 - Complemento:
 11 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69314184
 15 - E-mail: MAURO.MARIANO.50022A71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95991168367

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:

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 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: 3027

CONTA: 00004765 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? teve filhos? nasceu (a/nascer)? pais/avós vivos? Não

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

34

Impressão digital na fita ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

BOA VISTA, 20/08/2020
 MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

mauromari...org

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 6394/2020 - Registrado em: 10/07/2020 às 14h 49min**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 30/04/2020 às 10h 00min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: CONSOLAÇÃO DE MATOS

Nº: S/N

CEP:

Bairro: CIDADE SATELITE

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA(43), nascido(a) em 03/03/1977, sexo MASCULINO, união estável, exercendo a profissão de ASSISTENTE DE PRODUÇÃO, CPF Nº 612.107.222-91, País: BRASIL, natural de PRESIDENTE DUTRA-MA, filho(a) de TEREZINHA FERREIRA NORONHA e HERMENEGÍDIO ALVES DE NORONHA, endereço: FLAMBOIAN, Nº: 836, bairro: JARDIM PRIMAVERA, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99167-6498.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	MARCA: YAMAHA/XTZ 125E PLACA: NUK2839 ANO: 2012/2012 CHASSI: 9C6KE1250C0031378

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMUNICO QUE NO DIA 30/04/2020 APROXIMADAMENTE AS 10 HORAS CONDUZIA MINHA MOTOCICLETA SENTIDO CENTRO/BAIRRO QUANDO AO ATRAVESSAR A AVENIDA CONSOLAÇÃO DE MATOS NO BAIRRO CIDADE SATELITE FUI SURPREENDIDO POR OUTRA MOTOCICLETA QUE CAUSOU A COLISÃO. INFORMO AINDA QUE NÃO SEI PRECISAR DADOS DA OUTRA MOTOCICLETA E QUE APÓS O OCORRIDO FUI SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA PARA ATENDIMENTO MÉDICO. QUE O REGISTRO É PARA FINS DO SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000432
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

MAURO M. FERREIRA DE NORONHA
MAURO MARIANO FERREIRA DE
NORONHA
COMUNICANTE

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 6394/2020 - Registrado em: 10/07/2020 às 14h 49min**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 30/04/2020 às 10h 00min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: CONSOLAÇÃO DE MATOS

Nº: S/N

CEP:

Bairro: CIDADE SATELITE

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA(43), nascido(a) em 03/03/1977, sexo MASCULINO, união estável, exercendo a profissão de ASSISTENTE DE PRODUÇÃO, CPF Nº 612.107.222-91, País: BRASIL, natural de PRESIDENTE DUTRA-MA, filho(a) de TEREZINHA FERREIRA NORONHA e HERMENEGÍDIO ALVES DE NORONHA, endereço: FLAMBOIAN, Nº: 836, bairro: JARDIM PRIMAVERA, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99167-6498.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	MARCA: YAMAHA/XTZ 125E PLACA: NUK2839 ANO: 2012/2012 CHASSI: 9C6KE1250C0031378

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMUNICO QUE NO DIA 30/04/2020 APROXIMADAMENTE AS 10 HORAS CONDUZIA MINHA MOTOCICLETA SENTIDO CENTRO/BAIRRO QUANDO AO ATRAVESSAR A AVENIDA CONSOLAÇÃO DE MATOS NO BAIRRO CIDADE SATELITE FUI SURPREENDIDO POR OUTRA MOTOCICLETA QUE CAUSOU A COLISÃO. INFORMO AINDA QUE NÃO SEI PRECISAR DADOS DA OUTRA MOTOCICLETA E QUE APÓS O OCORRIDO FUI SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA PARA ATENDIMENTO MÉDICO. QUE O REGISTRO É PARA FINS DO SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000432
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA
COMUNICANTE

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

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:

61210722291 MAURO MARIANO F. DE NORONHA

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

5 - Nome completo: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA 6 - CPF: 61210722291
 7 - Profissão: AUX. PRODUÇÃO 8 - Endereço: R: FLAMBOIAN 9 - Número: B36 10 - Complemento:
 11 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69314184
 15 - E-mail: MAURO.MARIANO.50022A71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95991168367

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:

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 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: 3027

CONTA: 00004765 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? Não

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

34

Impressão digital na fita ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

BOA VISTA, 20/08/2020
 MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 14/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 00000004765-9

Nr. da Autenticação A45B084BEB50711D



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5400574

JOSE RIBAMAR ROCHA DOS SANTOSR. FLAMBOIAN, 836 ,
JARDIM PRIMAVERA

69314184 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
393916	06/2020	18-MAY-20 a 17-JUN-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
186	01-JUL-20	R\$ 28,27

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
393916	06/2020	R\$ 28,27

836500000002.282700750007.000000000398.391606200056





RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5241601

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 23-APR-20 a 21-MAY-20
CONSUMO (kWh) 1141	VENCIMENTO 17-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 932,19

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 932,19
------------------------	----------------	-----------------------------

836800000090.321900750001.000000000539.918005200053





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu LUANA AMORIM DE S. LOPES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 2943163825, 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MAURO MARIANO F. DE NORONHA inscrito (a) no CPF sob o Nº 612107222, 91,

do sinistro de DPVAT cobertura INVANDEZ da Vítima MAURO MARIANO F. DE NORONHA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 612107222, 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:	<u>R: SDPM. JACINTO SILVA</u>	Número:	<u>359</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CARANA</u>	Cidade:	<u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69313572</u>
E-mail:	<u>LUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>95991168367</u>

Local e Data: BOA VISTA, 20/08/2020

luanassf
Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

* Classificação Reclassificação _____

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.: _____

Reclassificação _____
_____) Vermelho
_____) Laranja
_____) Amarelo
_____) Verde
_____) Azul. Ass. _____

Reclassificação: _____
____ Vermelho
____ Laranja
____ Amarelo
____ Verde
____ Azul. Ass: _____

Impresso por: erbejone.simplicio
Data/Hora: 30/04/2020 10:39:49

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Fernando André Martins Ferreira
Clínica Oncológico da
Cabeça e Pescoço
CRM-RR 1643 / RQE: 820



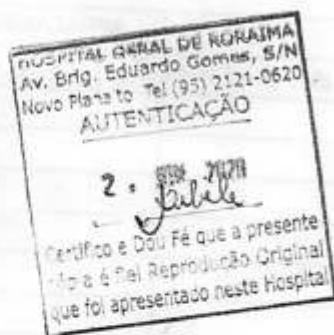
NEUROLOGIA 30.04.2020 às 16:00h

paciente uomo 50 anos
lombalgia

- Ver déficit neurológico
- Glasgow 15, DTR
- Cr coluna FRACTURA L1 ACRESCIMENTO BORSA ANTÉRO-INTRACANAL Componente neural posterior
Nov FRACTURA EN OXIRROS NICEZIS
- FEO: FRACTURA L1
- 01. INTENÇÃO
- 2. Objetivo FME coluna C7-T1-L1-L2-L3
- 3. ANAMSESA
- 4. COLETE POTTI.

Dr.



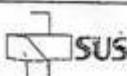


NIR

Anexo I

NIR

Data: 01.05.2020


 Sistema Único de Saúde
 Ministério da Saúde

 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
 DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maestro Waldano Ferreira de Noronha

6 - N° DO PRONTUÁRIO
22938

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

400402948499543

8 - DATA DE NASCIMENTO
03/03/19449 - SEXO
Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Terezinha Ferreira Noronha

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 95919113281422
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Av. Piranha 653 Santo Térigo

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

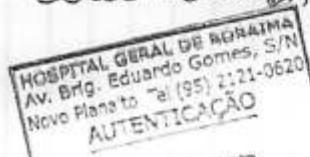
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

222

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

 ACRESCENTE dorox nox com *Perda de consciência*
despert neurosíntico
classico 15º, p/ tr

 Certificado de que a presente
 cópia é fiel Reprodução Original
 que foi apresentado neste Hospital

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acida

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Fratura coluna lombosacral

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura L1

21 - CID 10 PRINCIPAL

532

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Fratura L1

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

NCR

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

2011549813718000

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Fábio

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30/04/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

MIR

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

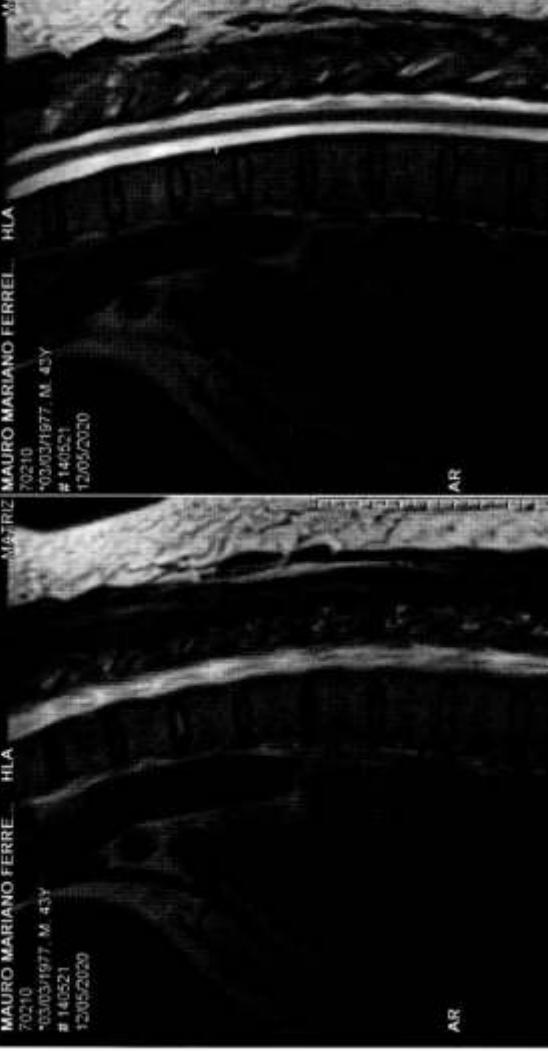
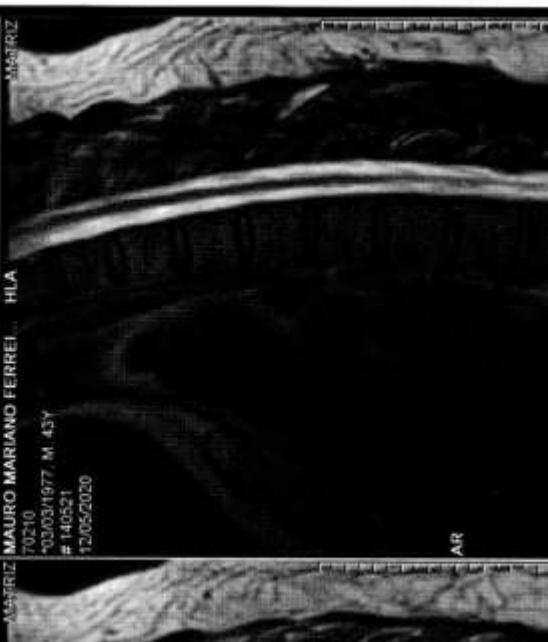
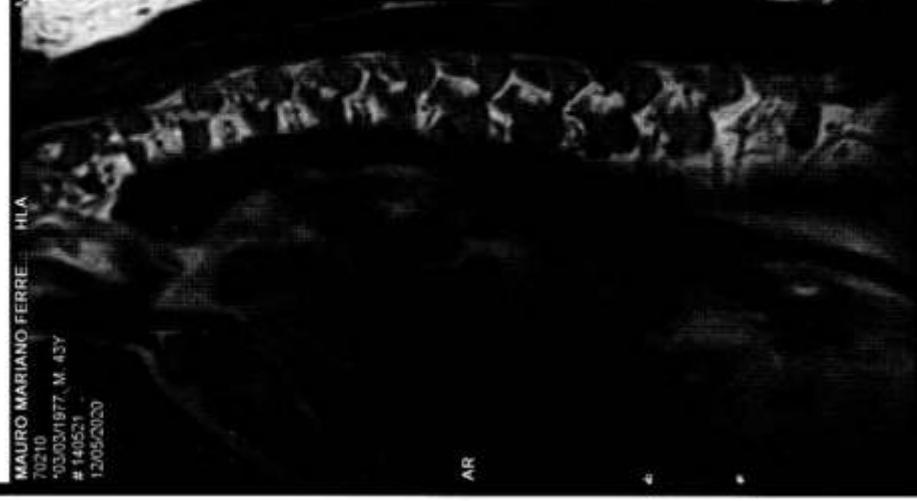
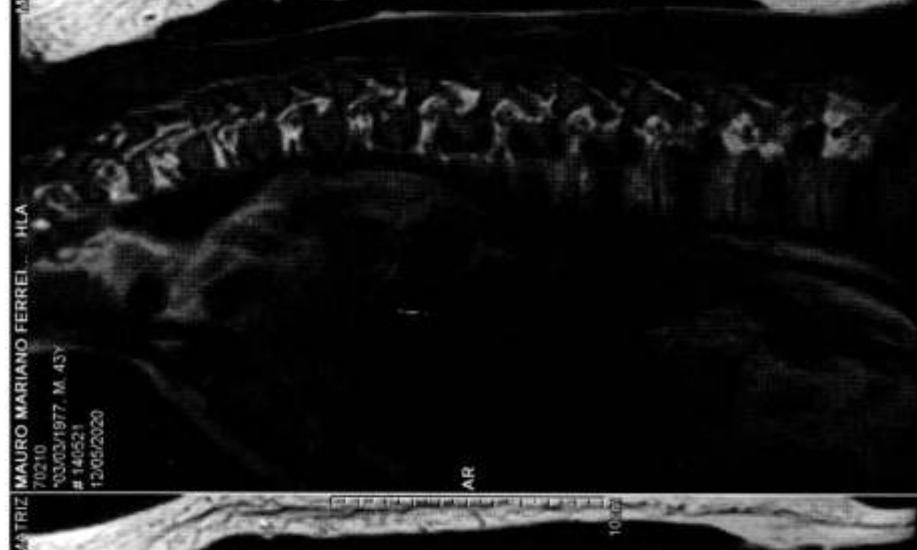
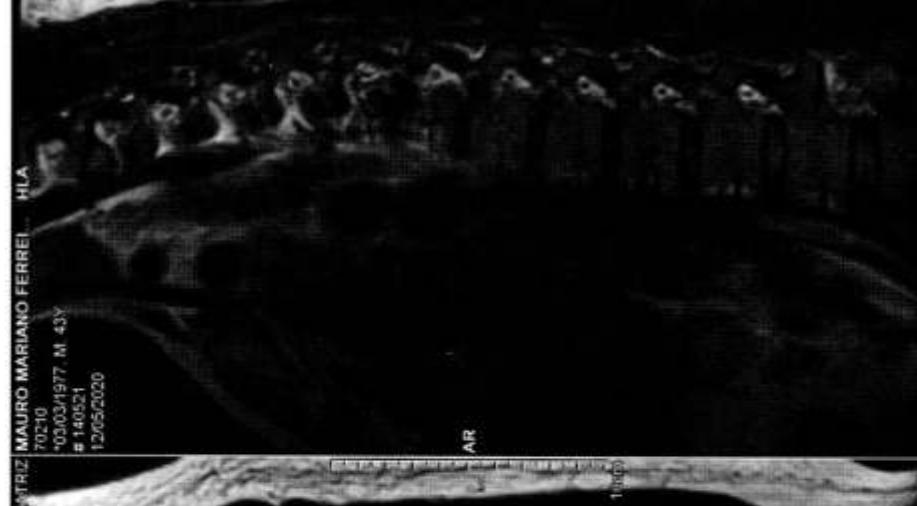
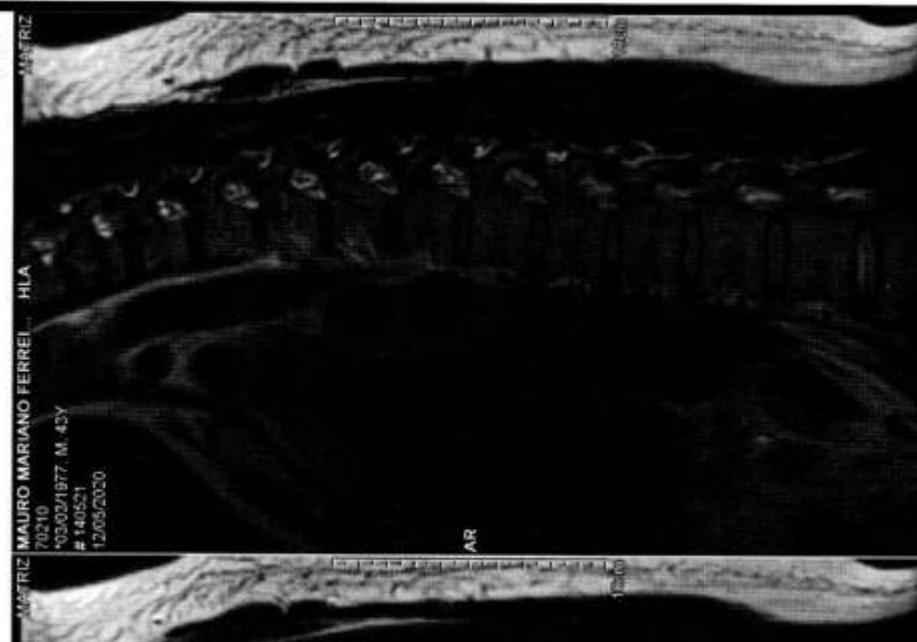
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

0301060088

2039

Beira



Nome **MAURO MARIANO FERREIRA DE NORANHA**
Data: 12/05/2020 Idade: 43A Procedência: HLI
Médico Solicitante: FABRICIO DE ALMEIDA

Cód. Pac.: 70210

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA DORSAL E LOMBAR

Protocolo:

Exame realizado com Ressonância Magnética, utilizando diferentes técnicas e planos, sem a utilização de contraste endovenoso.

* Exame realizado em caráter de urgência, conforme solicitação.

Indicação clínica:

- Fratura de L1.

Relatório:

- Mínimo desvio dorsal esquerdo, em decúbito.
- Fratura com colapso do platô superior do corpo vertebral de L1, com irregularidade no contorno (redução do volume somático em até 50%), associada a alteração de sinal alongada/coleção subligamentar adjacente, com espessura de até 0,8 cm, comprimindo o saco dural.
- Alteração de sinal com padrão de edema envolvendo difusamente o corpo vertebral de L1, com extensão aos pedículos, destacando-se à direita. Traves de baixo sinal nas ponderações no interior do corpo vertebral adjacente, relacionada a fratura no trabeculado ósseo.
- Discreta fratura com impactação no platô superior do corpo vertebral de L4 (metade direita), com processo edematoso no corpo vertebral, irregularidade do contorno, com extensão de edema ao pedículo deste lado. Há também um tenuíssimo foco edematoso no aspecto póstero-superior do corpo vertebral neste nível (canto esquerdo), com extensão ao pedículo, podendo estar relacionada a alteração traumática.
- Fluido líquido facetário em L1-L2, reacional pós-traumático, destacando-se à direita.
- Edema ósseo no processo espinhoso de L1. A critério clínico, correlacionar com dados de TC para melhor análise óssea.
- Corpos vertebrais da coluna dorsal sem alterações significativas, exceto por pequenas hérnias de Schmorl nas placas terminais de D8 à D10.
- Leve hipertrofia degenerativa de interapofisárias lombares.
- Alteração de sinal (desidratação) difusa dos discos intervertebrais da coluna lombar. Hipersinal discal ao nível de D12-L1 e L1-L2, secundário pós-traumática.
- Incipiente hipohidratação discal na região discal mesotorácica.
- **L1-L2 a L3-L4:** Pequena protrusão discal posterior de base larga, comprimindo o saco dural e insinuando-se às bases foraminais. Destaca-se maior componente foraminal direito neste último nível, com sinais de rotura do anel fibroso e apresentando contato com a raiz neural emergente.
- **L4-L5:** Abaulamento discal posterior difuso, com maior componente mediano, comprimindo o saco dural e apresentando sinais de rotura do anel fibroso na linha média. Há também componente insinuando-se aos forames, sem determinar estreitamento significativo.
- **L5-S1:** Protrusão discal posterior de base larga, obliterando a gordura epidural e apresentando sinais de rotura do anel fibroso. Ausência de compressão radicular expressiva.
- Não há evidência de protrusões discais difusas ou localizadas na região dorsal.
- O cone medular encontra-se com morfologia e intensidade de sinal preservado.
- Medula espinhal com forma, volume e intensidade de sinal conservados.
- Canal vertebral íntegro, com dimensões habituais.

Dr. Leomar Hitotuzi
Médico Imagniologista
CRM-RR 1232

Dr. Leomar Hitotuzi

CRM1232

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.





VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

DATA DE EXPEDICAO
26/09/2008

REGISTRO
GERAL

183576

NAME
MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

FILHO/A
HERMENEGÍDIO ALVES DE NORONHA

TEREZINHA FERREIRA NORONHA

PRESIDENTE DUTRA - MA

DOC. CRIMINAL

NATURALIZACAO

CERTD MASC 4183 FLS 64-V LIV A39

2 OF PRESIDENTE DUTRA - MA

612.107.222-91

2 VIA

Paulo
Rita de Cássia Caiado de Araújo
Directora do Idec

P 1

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200313778 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA **Data do acidente:** 30/04/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma contuso em coluna lombar com fratura de vértebra L1

Descrição do exame físico: Ao exame físico do segmento lombar apresenta flexão aos 20°, extensão aos 10°, lateralização aos 15°, rotação aos 10°, com contratura paravertebral, dor à palpação do processo espinhoso, mobilidade da coluna alterada, desconforto a mobilização. Apresenta na região observada cicatriz operatória inexistente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes.

Resultados terapêuticos: Vítima fez tratamento clínico, fez fisioterapia 24 sessões, sem acompanhamento pós acidente.

Sequelas permanentes: Restrição funcional em segmento lombar.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/10/2020

Conduta mantida:

Observações: De acordo com o exame físico do médico examinador, permaneceu deficiência em segmento lombar em grau intenso.

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 completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200313778**

Nome do(a) Examinado(a): **MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Flambóian, 836, , Boa Vista/RR**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP / 476499950**

Data e local do acidente: **30/04/2020 - Boa Vista/RR**

Data e local do exame: **02/10/2020 - Boa Vista/RR**

Coordenadas Geográficas: **latitude: 2.81642 , longitude: -60.67005**

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Vitima de colisão moto/moto com consequente trauma contuso em coluna

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

Vitima fez tratamento clínico, fez fisioterapia 24 sessões, sem acompanhamento pós acidente

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

Ao exame físico do segmento lombar apresenta flexão aos 20°, extensão aos 10°, lateralização aos 15°, rotação aos 10°, com contratura paravertebral, dor à palpação do processo espinhoso, mobilidade da coluna alterada, desconforto a mobilização. Apresenta na região observada cicatriz operatória inexistente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes.

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

Sim

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

Sim

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

coluna lombar: tensão paravertebral, dor a mobilização da coluna- limitação flexão/extensão /rotação lateral // dor a palpação

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Segmento Lombar - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Dr. Regina Cláudia Henckels Nederl Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246536/20

Vítima: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

CPF: 612.107.222-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/04/2020

Titular do CPF: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA : 612.107.222-91

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 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: 01/09/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246536/20

Número do Sinistro: 3200313778

Vítima: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

CPF: 612.107.222-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/04/2020

MAURO MARIANO
FERREIRA DE NORONHA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/09/2020
Nome: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA
CPF: 612.107.222-91

MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO