

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:
2956454820210120174008

Processo 0832389-61.2020.8.23.0010 ☆ - (32 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div></div> 9	20/01/2021 17:40:08	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778330CONTESTACAO01.pdf Público
9.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2778330CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf Público
8	04/01/2021 17:08:29	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 21/01/2021 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div></div> 7	29/12/2020 08:06:56	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	HEBER AUGUSTO NAKAUTH DOS SANTOS Analista Judiciário
<div></div> 6	28/12/2020 09:47:28	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado
5	19/12/2020 16:24:25	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	19/12/2020 16:24:25	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	19/12/2020 16:24:25	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	19/12/2020 16:24:25	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div></div> 1	19/12/2020 16:24:25	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	JOSE HILTON DOS SANTOS VASCONCELOS Advogado



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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200012621

Vítima: MARLON MAGALHAES VIRGINIO

Data do Acidente: 25/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARLON MAGALHAES VIRGINIO

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 15355498



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, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200012621

Vítima: MARLON MAGALHAES VIRGINIO

Data do Acidente: 25/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARLON MAGALHAES VIRGINIO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 26/03/2019, emitida pelo Dr. MARCOS SHIMIT, CRM nº 242 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15367178

Pag. 01571/01572 - carta_31 - INVALIDEZ



00070786



LIDER Administradora de Seguro DPVAT		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 527.513.762-15	
		4 - Nome completo da vítima: MARLON MAGALHÃES VIRGINIO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: MARLON MAGALHÃES VIRGINIO			
7 - Profissão: PEDREIRO		6 - CPF: 527.513.762-15	
8 - Endereço: RUA - AFONSO SANTOS PEREIRA		9 - Número: 49	
11 - Bairro: ALVORADA		10 - Complemento:	
12 - Cidade: BOA VISTA		13 - Estado: RR	
14 - CEP: 69.347-290		15 - E-mail: RECUSOU	
16 - Tel.(DDD): 95198122-7634			
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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00006400 4			
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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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:			
<ul style="list-style-type: none">• 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: <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 (vai nascer)? <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 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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado			
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)			
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)			
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)			
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha			
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha			
40 - Local e Data, Boa Vista, RR 06/03/2020			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)			
43 - Assinatura do Procurador (se houver)			

571281



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044902/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/12/2019 08:30 Data/Hora Fim: 16/12/2019 08:47
Origem: Polícia Judiciária Data: 16/12/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 25/03/2019 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Alvorada

Logradouro: Ataide Teive

Complemento: Cruzamento à Avenida Nazaré Figueiras (ANTIGA S-04)

Ponto de Referência: Semáforo

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (ART. 303, § 1º DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARLON MAGALHÃES VIRGINO (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Alto Alegre	Sexo: Masculino	Nasc: 01/01/1980
Profissão: Pedreiro	Escolaridade: Ensino Fundamental Completo		
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Nely Magalhães Virginio			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 527.513.762-15

RG - Carteira de Identidade: 181748

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Afonso dos Santos Pereira

Nº: 49

Complemento: Casa

Bairro: Alvorada

Telefone: (95) 99119-5023 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)
Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Depositário, Proprietário,



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 16/12/2019 08:48
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: 044902/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 026.415.972-17	Placa NAN-6080
Renavam 00792874560	Número do Motor HA07E13013252
Número do Chassi 9C2HA07103R013252	Ano/Modelo Fabricação 2003/2002
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ ES
Modelo HONDA/C100 BIZ ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Marlon Magalhães Virgino	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não é habilitado compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta também descrita acima, onde ao parar em referido semáforo veio a ser colidido na traseira por um veículo, não sabendo informar as características identificadoras, pois o mesmo evadiu-se. Que sofreu lesões corporais, mas logo em seguida foi para sua casa, vindo procurar atendimento médico, somente na manhã do dia seguinte, no HGR por meios próprios. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS


Jefferson Inácio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento


Marlon Magalhães Virgino
(Vítima / Envolvido / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origin, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 349-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

571281



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044902/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/12/2019 08:30 Data/Hora Fim: 16/12/2019 08:47
Origem: Polícia Judiciária Data: 16/12/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 25/03/2019 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Alvorada

Logradouro: Ataide Teive

Complemento: Cruzamento à Avenida Nazaré Figueiras (ANTIGA S-04)

Ponto de Referência: Semáforo

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (ART. 303, § 1º DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARLON MAGALHÃES VIRGINO (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Alto Alegre	Sexo: Masculino	Nasc: 01/01/1980
Profissão: Pedreiro	Escolaridade: Ensino Fundamental Completo		
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Nely Magalhães Virginio			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 527.513.762-15

RG - Carteira de Identidade: 181748

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Afonso dos Santos Pereira

Nº: 49

Complemento: Casa

Bairro: Alvorada

Telefone: (95) 99119-5023 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)
Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Depositário, Proprietário,



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 16/12/2019 08:48
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: 044902/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 026.415.972-17	Placa NAN-6080
Renavam 00792874560	Número do Motor HA07E13013252
Número do Chassi 9C2HA07103R013252	Ano/Modelo Fabricação 2003/2002
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ ES
Modelo HONDA/C100 BIZ ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Marlon Magalhães Virgino	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não é habilitado compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta também descrita acima, onde ao parar em referido semáforo veio a ser colidido na traseira por um veículo, não sabendo informar as características identificadoras, pois o mesmo evadiu-se. Que sofreu lesões corporais, mas logo em seguida foi para sua casa, vindo procurar atendimento médico, somente na manhã do dia seguinte, no HGR por meios próprios. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inácio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

Marlon Magalhães Virgino
Marlon Magalhães Virgino
(Vítima / Envolvido / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del originou, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 349-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
524513.762-15 MARLON MAGALHÃES VIRGINIO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:
MARLON MAGALHÃES VIRGINIO 527.513.762-15

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
PEDREIRO RUA - APOSSO SANTOS PEREIRA 49

11 - Sexo: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
MASCULINO BOA VISTA RR 69.341-290

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):
RECUSOU 9098102-2634

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 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 (Exclusivo para a família do beneficiário. Assinatura obrigatória) ☐ CONTA CORRENTE (Técnicas bancárias)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

AGÊNCIA: 3306 CONTA: 00006400 4 AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito de verificação) (Informe o código de verificação) (Informe o dígito de verificação) (Informe o código de verificação)

Autorizo a seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, 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 da minha obrigação.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não apresentei laudo da Secretaria de Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins do requerimento de indenização do seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), ou seja que:

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

Solicito o ressarcimento da indenização do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, como constatado, desde que a seguradora não tenha realizado a análise médica adequada, caso necessário, às custas da Seguradora, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito de que sou vítima, a partir do momento em que a documentação apresentada não é suficiente para a concessão da indenização.

Declaro que esta minha declaração prevê a concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Se a vítima é solteiro: ☐ Sim ☐ Não 24 - Se a vítima é casado: ☐ Sim ☐ Não 25 - Se a vítima é viúva: ☐ Sim ☐ Não 26 - Se a vítima é divorciada: ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Se a vítima é solteiro: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima é casado: ☐ Sim ☐ Não 30 - Se a vítima é viúva: ☐ Sim ☐ Não 31 - Se a vítima é divorciada: ☐ Sim ☐ Não

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

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

Espos(a) de quem a Seguradora LIDER pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte ou pelos beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento do valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome: 35 - Nome legal de quem assina a petição (a ror):

CPF: Assinatura da testemunha

36 - Nome: 37 - Nome legal de quem assina a petição (a ror):

CPF: Assinatura da testemunha

38 - Nome: 39 - Nome legal de quem assina a petição (a ror):

CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 45 - Assinatura do Procurador (se houver):

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 47 - Assinatura do Procurador (se houver):

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 49 - Assinatura do Procurador (se houver):

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 51 - Assinatura do Procurador (se houver):

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 53 - Assinatura do Procurador (se houver):

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 55 - Assinatura do Procurador (se houver):



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0071108-0

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garçon, 681 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pelo SEFAZ 368/15

Nº da Nota Fiscal: 4178584

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003. CAM*

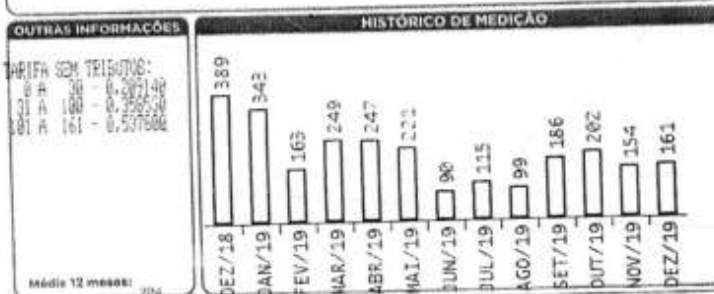
CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	28/12/2019	161	118,70

CPF: 00052751376215

MARLON MAGALHÃES VIRGÍNIO
R. AFONSO SANTOS PEREIRA 49 - ALVORADA
CEP: 69.317-290 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 14157	Atual: 28/12/2019	Grupo/Subgrupo: 1.4.1.2
Anterior: 13996	Anterior: 27/12/2019	Classe/Subclasse: RESID - B.C. RENDA
Dias de consumo: 32	Próxima leitura: 01/01/2020	Localização: 617-101-xx
Constante de Multiplicação: 1,00	Emissão: 28/12/2019	Número Medidor: 1415701134
Consumo medido: 161	Apresentação: 12/2019	Forma de Faturamento: Adiant
Consumo Faturado: 161		Modalidade: H 1421690

DESCRIÇÃO DA CONTA			
CONSUMO	30 A R\$ 0,257335 =	7,72	
	70 A R\$ 0,441151 =	30,88	
	61 A R\$ 0,661732 =	40,36	
		43,42	
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA			0,03
CORREÇÃO MONETÁRIA DA	10/19-00		1,05
CORREÇÃO MONETÁRIA IG	10/19-00		1,89
MULTA POR ATRASO DE I	10/19-00		0,36
JUROS DE MORA POR ATR	10/19-00		3,08
MULTA POR ATRASO DE	10/19-00		1,80
JUROS DE MORA DE IMPO	10/19-00		31,53
ILUMINAÇÃO PÚBLICA			



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 24/12/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
11/2019 115,27

PRODUTOR RURAL: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO 2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.434 DE 29.10.2019. LIGUE: 08007819120 E FAÇA CHAM. VENCIMENTO: 15/11/16/21/26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)		ALÍQUOTA - VALOR	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ICMS:
Distribuição: 82,14	Tributos: 22,43	11,00%	13,42
Transmissão: 10,00		11,00%	0,23
		11,00%	1,18

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DDC	FIC	DMC	DICRI
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
9,24	18,49	36,99	8,46
16,92	33,84	4,99	
4,35	2,00	2,43	
Conjunta: DRESTA		Período de apuração: 10/2019	LCSD: 66,27

ROT: 30.001.21.06.052200



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garçon, 681 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0071108-0

TOTAL A PAGAR - R\$

118,70

MÊS FATURADO

12/2019

VENCIMENTO

28/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 4178584

FCAM*

83640000001 1 18700075000 5 000000000071 1 10801219008 9

CAERR ATENDIMENTO **CAERR** 0800 280 9520
C.N.J. 25.938.487/0001-18
REGISTRO ESTADUAL: 30.995.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 88.304-010

Matrícula: 1041355 Agosto/2019

Endereço para entrega: RUA MANOEL FELIPE, NUM. 1467/ - 4 - ASA

Dados do Cliente: ROSARIA SERRAO NUNES

Inscrição: 102.0281.0000 Rota: 3430 Seq. Rota: 1 Situação de Economias: RESIDENCIAL Situação Esgoto: LIGADO

Y11B007107 22/01/2015 LIGADO FACTIVEL

ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m3) NUM DE DIAS

LEITURA FAT. 116 117 1 29

LEITURA INF.

DT. LEITURA 17/07/2019 15/08/2019

ULTIMOS CONSUMOS

DATA	CONSUMO
201907	4-0
201906	1-0
201905	1-0
201904	1-0
201903	3-0
201902	1-0

MEDIA 1

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	1 M3	23,83
CONSUMO DE AGUA		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019		0,49

TOTAL A PAGAR 24,32

VENCIMENTO: 15/09/2019

AVISO: EM 31/07/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

IMPRESSO EM: 15/08/2019 11:25:05



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1041355	08/2019	15/09/2019	24,32

82680000000-0 24320004001-8 00104135501-5 08201910003-9



Via do Cliente

Via da CAER



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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 ROSÂNGELA NUNES MASULLO inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARLON MAGALHÃES VIRGINIO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 527.513.762 / 15 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
MARLON MAGALHÃES VIRGINIO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 527.513.762 / 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 Lider-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>AV: MANOEL FELIPE</u>		Número <u>1467</u>	Complemento
Bairro <u>ASA BRANCA</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-170</u>
Email <u>TANZO MASULLO@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>95138122-7634</u>		Telefone celular (DDD) <u>95158-4307</u>

BOA VISTA, RR, 06 de JANEIRO de 2020
Local e Data

Rosângela Nunes Masullo
Assinatura do Declarante

... Guia de Atendimento 17 ...

26/03/2019



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

1ª Classificação
VERDE

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

Liquid Ammonia
COWAN 905.523
CVF

FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19		7	
Paciente MARLON MAGALHAES VIRGINIO	Data Nascimento 01/01/1980	Idade 39 A 2 M 25 D	CNS	CPF 52751376215	Prontuário 00079111		
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 181748	Órgão Emissor SSP/RR	Data Emissão 01/08/1996	F	Sexo CASADO(A)	Raça/Cor PARDA	Naturalidade BOA VISTA - RR
Mãe NELY MAGALHAES VIRGILIO			Pai NI	Contacto (95) 99119-5023	Nacionalidade BRASILEIRA		
Endereço RUA - AFONSO DOS SANTOS PEREIRA - 49 - ALVORADA - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco VERDE	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp. 36.50	Peso	Pressão 120 x 80	
Sector PRONTO ATENDIMENTO	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.		Registrado por: CASSIO.LIMA			
Queixa Principal DOR EM HEMITORAX E, APÓS ACIDENTE DE TRANSITO NA NOITE ANTERIOR							
Anamnese de Enfermagem NEGA HAS e DM				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL		
Anamnese (HORA DA CONSULTA - : h) paciente relata dor a torax após acidente automobilístico							
Exame Físico BPE, CORE, AAA, sacada, hidradit AR-MVR-SPR							
Hipótese Diagnóstica Tubo costal							
SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-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 ① Dipiridamol 2g EV ② Tiludina 40mg EV em VO pto				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
Marcos Shimil Médico CRM-RR 204							
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:				<input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :			
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :							

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ronilson
Data Hora: 26/03/2019 07:36:05



160108607

© 2019
 10.1017/9781108880800 - *Introduction with Thematic Maps*
 by — *Copyrighted material*
 See: 4.1.17 - 11.06.20

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tirr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJDNK R8LZX NX2D7 E28NK

26/03/19
09:42h

Paciente realizou raios x que evidenciou fratura de arcos costais. Apresenta-se BEG, eupneico, MV⁺ sem sinais de hemotórax e pneumotórax estável hemodinamicamente. Paciente recebe alta para observação domiciliar, foi orientado a retornar ao hospital caso sinais de dificuldade respiratória ou instabilidade hemodinâmica.

Paciente LOTE, recebe receita para medicação.

Paciente sofreu acidente auto mototípico no dia 25/03/19 às 23h. O raios x foi realizado no dia 26/03 às 08:30

Dr. Claudio Lihares
Clínica Geral
CRM-RR 1417



26/03/19
09:42h

Paciente realizou raio x que evidenciou fratura de arcos costais. Apresenta-se BEG, eufneico, mV⁺, sem sinais de hemotórax e pneumotórax estável hemodinamicamente. Paciente recebe alta para observação domiciliar, foi orientado a retornar ao hospital caso sinais de dificuldade respiratória ou instabilidade hemodinâmica.

Paciente 2015, recebe receita para medicação.

Paciente sofreu acidente automobilístico no dia 26/03/19 às 23h. O raio x foi realizado no dia 26/03/19 às 08:20h.

Dr. Claudio Linares
Cirurgião Geral
CRM-RR 1417



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

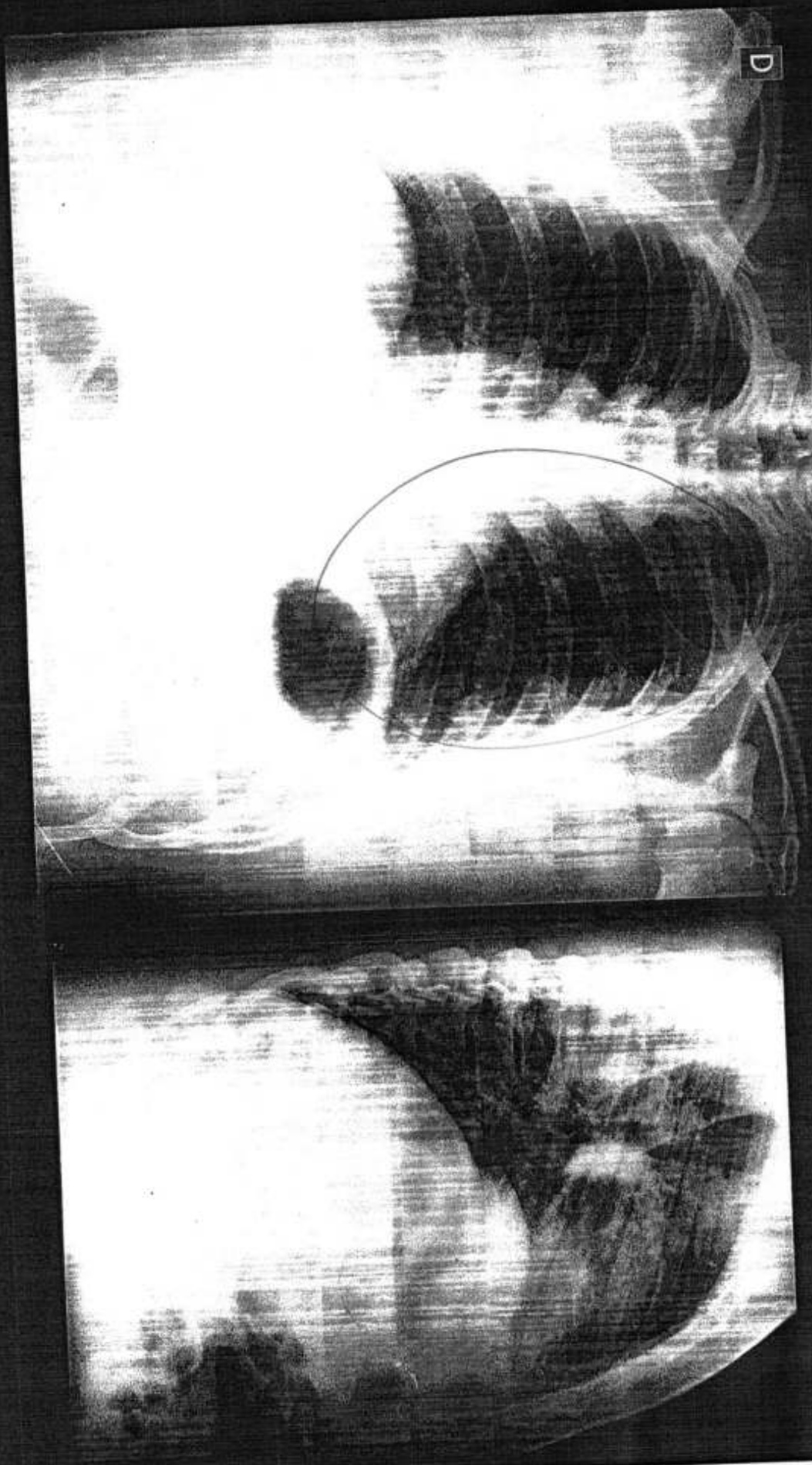
MARLON MAGALHAES VIRGINIA ,




37.2 %

26/3/2019 08:30:34

28.0 %

26/3/2019 08:30:34



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
		REGISTRO GERAL	181748
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ		DATA DE EXPEDIÇÃO	23/03/2019
		NOME	MARLON MAGALHÃES VIRGINIO
		FILIAÇÃO	NELY MAGALHÃES VIRGINIO
Polegar Direito		NATURALIDADE	ALTO ALEGRE - RR
Assinatura: <i>Marlon M. Virginio</i>		DOC. ORIGEM	CERTD CAS 7118 FLS 218 LIV B-24
ASSINATURA DO TITULAR		DATA DE NASCIMENTO	01/01/1980
CARTEIRA DE IDENTIDADE		527.513.762-15	
		2ª VIA	
		AMADEU ROCHA TRIANI	
		Primeiro Presidente do Conselho	
		Lei nº 7.116 DE 20/08/03	

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME ROSANGELA NUNES MASULLO	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 208734 SESP RR	
CPF 321.801.442-53	DATA NASCIMENTO 01/05/1972
PLACAO GENNARO MASULLO	
ROSARIA SERRAO NUNES	
PERMISSAO PERMISSAO	ACC ACC
CAT/HAB AB	
NR REGISTRO 06050025726	VALIDADE 22/04/2015
1ª HABILITACAO 22/04/2014	
OBSERVAÇÕES	
Rosangela Nunes Masullo	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSAO 23/04/2014
01490231461 RR207247390	
DETRAN - RR (RORAIMA)	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200012621 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARLON MAGALHAES VIRGINIO **Data do acidente:** 25/03/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PG. 1
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011362/20

Vítima: MARLON MAGALHAES VIRGINIO

CPF: 527.513.762-15

Data do acidente: 25/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARLON MAGALHAES
VIRGINIO

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

MARLON MAGALHAES VIRGINIO : 527.513.762-15

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 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: 09/01/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

ROSANGELA NUNES MASULLO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE Nome: MARLON MAGALHÃES VIRGINIO

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADO

Profissão: PEDREIRO

Identidade: 181748 SSP/RR CPF: 527.513.762-15

Endereço: Rua: AFONSO SANTOS PEREIRA nº: 49 Bairro: ALVORADA

Cidade: BOA VISTA UF: RR CEP: 69.317-290

Vítima: MARLON MAGALHÃES VIRGINIO

CPF: 527.513.762-15 Data do sinistro: 26/03/2019

Natureza: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão:

Identidade: 208.734 CPF: 321.801.442-53

Endereço: AV. Manoel Felipe, 1467/5, Asa Branca, Boa Vista/RR.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a **SUSEP**, incluindo receber informações sobre perícia 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 Obrigatório-DPVAT.

Local e data

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011362/20

Vítima: MARLON MAGALHAES VIRGINIO

CPF: 527.513.762-15

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 25/03/2019

Titular do CPF: MARLON MAGALHAES VIRGINIO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

MARLON MAGALHAES VIRGINIO : 527.513.762-15

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 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: 09/01/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

ROSANGELA NUNES MASULLO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

