

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	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos de: <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 Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
Movimentado Por: <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 Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
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
LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA					
8	04/01/2021 17:08:29	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		
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		
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		
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

Pag. 01571/01572 - carta_31 - INVALIDEZ



Carta nº 15367178

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: PJDNK R8LZX NX2D7 E28NK



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:

527.533.762-15

4 - Nome completo da vítima:

MARLON MAGALHÃES VÍRGINIO

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 VÍRGINIO

6 - CPF:

527.533.762-15

7 - Profissão:

Pedreiro

8 - Endereço:

RUA - APONSO SANTOS PEREIRA

9 - Número:

49

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ALVORADA

12 - Cidade:

Bon Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

68.351-290

15 - E-mail:

RECUSOU

16 - Tel.(DDD):

59 98177-7634

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:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 0000 6400 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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)

40 - Local e Data, Boa Vista, RR 06/03/2020

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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: Policia 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: Ataíde Teive
Complemento: Cruzamento à Avenida Nazaré Filgueiras (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. Veículo 303, § 1º DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	

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 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

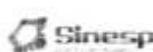
Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Depositário, Proprietário,





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044902/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
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 Virginio	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 Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

Marlon Magalhães Virginio
(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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-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: Policia 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: Ataíde Teive
Complemento: Cruzamento à Avenida Nazaré Filgueiras (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. Veículo 303, § 1º DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	

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 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

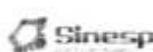
Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Depositário, Proprietário,





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044902/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
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 Virginio	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 Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

Marlon Magalhães Virginio
(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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NF do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
527.533.762-15 **Milton Magalhães Virginio**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRÚLAR SUSEP N°415/2012

5 - Nome completo: **Milton Magalhães Virginio** 6 - CPF: **527.533.762-15**
7 - Profissão: **Qualeiro** 8 - Endereço: **Rua - Afonso Santos, Peroba** 9 - Número: **49** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **Peroba** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **R.R.** 14 - CEP: **63.321-230**
15 - E-mail: **RECONSON** 16 - Tel.(DDD): **(36) 9812-2634**

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 comprovação anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR R\$1.00 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 - BANCO/AGÊNCIA: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS/CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Instituição financeira que possui uma conta poupança)

CONTA CORRENTE (Todas as contas)

Nome do BANCO: _____

Bradesco [237] Itaú [341]

Banco do Brasil [001] Caixa Econômica Federal [104]

AGÊNCIA: **3906** CONTA: **0006400** (4) AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider e credores de conta bancária a informar à sua favor, da minha "C" falar tarifa, o valor da Indenização referente ao Seguro DPVAT a que eu tiver direito, face ao sinistro e desde que seja somente após a extinção da obrigação, ou seja, total da via em probel.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou informando de forma correta o laudo da Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do seguro DPVAT (Lei nº 6.131/74), e me declaro:

- 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 atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o encaminhamento da anotação de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, dentro de trinta dias. A esta não se submetendo à análise médica, permanecendo assim necessária, da parte da Seguradora Lider para verificação da existência e quantidade das efeitos permanentes decorrentes de 40 (quarenta) dias de tratamento, o exame, conforme o disposto na L.º 5.194/74.

Declaro que este ato é feito com a gráfica pronta e concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso disso devido ao seu exagero.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com vítima 26 - Ultimo nome do companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - vítima Sim Não 29 - Se tem filhos, marumar teve filhos Sim Não 30 - Vítima deixou residência (severa)? Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tem irmãos, informar se levaram? Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não 34 - Vítima falecidos: Sim Não 35 - Vítima falecidos: Sim Não 36 - 14 | Nome: _____
CPF: _____

Este ato deixa de ser válido se a Seguradora Lider alegar, caso envide, a indenização do Seguro DPVAT em favor do seu beneficiário que se apresentarem e juntarem esta declaração, estando elas, aí, no que quaisquer ameaças ou declaração não verdadeira poderá gerar a configuração de reservar o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 209 do Código Penal.

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): 38 - 14 | Nome: _____
CPF: _____

39 - Assinatura da testemunha: 40 - Local e Data, **Boa Vista, RR, 06/03/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração): **Milton Magalhães Virginio** 42 - Assinatura do Representante Legal (ou haverá): **RECONSON**

43 - Assinatura do Procurador (ou haverá): **Joao Alves Barbosa Filho**

TESTEMUNHAS

RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO
0071103-0

Nº da Nota Fiscal: 4178584

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEEE foi criada pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002 - CAM*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	28/12/2019	161	118,70
CPF: 00052751376215			

MARLON MAGALHAES VIRGINIO
R. AFONSO SANTOS PEREIRA 49 - ALVORADA
CEP: 69.317-290 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 14153 Anterior: 13.594 Dias de consumo: 22 Conteúdo de Multiplicação: 1.000 Consumo médio: 161 Consumo Faturado: 161	Atual: 14153 Anterior: 13.594 Próxima Leitura: 14.319 Emissão: 28/12/2019 Agrupamento: 161	Grupo/Subgrupo: 1.4.1.2 Classe/Subclasse: R020101-CREND Ligação: 0174121xx Número Medidor: 1415301134 Forma de Faturamento: Pôrtico Modalidade: 04-14216-98

DESCRIPÇÃO 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 10/19-00		1,80
JUROS DE MORA DE IMPO	10/19-00	31,53
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIDAÇÃO
<p>TARIFA SEM TRIBUTOS:</p> <p>0 A 30 - 0,257335 31 A 100 - 0,441151 101 A 161 - 0,661732</p> <p>Média 12 meses: 161</p>	<p>DEZ/18 JAN/19 FEVER/19 MAR/19 ABR/19 MAI/19 JUN/19 JUL/19 AGO/19 SET/19 OUT/19 NOV/19 DEZ/19</p> <p>389 342 163 249 247 171 90 115 99 166 202 154 161</p>

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA R\$ 118,70

Base de Cálculo/Corporação - R\$		
Base de Cálculo	ALÍQUOTA	VALOR
Energia:	ICMS:	
Distribuição: 161,14	17,00%	13,42
Transmissão: 14,72	PIS:	0,00%
Outros:	COFINS:	0,00%
		0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIÁ	TRIMESTRAL	ANUAL	DIÁ	TRIMESTRAL	ANUAL	DIÁ	TRIMESTRAL	ANUAL
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Límite: 9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99		
Residência: 4,35			2,00			2,43		
Conjunto: GRESTA							Período de apuração: 10/2019	R\$ 118,70

ROT: 30.001.21.06.052200

RORAIMA ENERGIA

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO: 0071103-0

TOTAL A PAGAR - R\$ 118,70

MÊS FATURADO: 12/2019

VENCIMENTO: 28/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 4178584

FCAM*

83640000001 1 18700075000 5 00000000071 1 10801219008 9

CAERR
CNPJ: 25.538.457/0001-18
ENDERÉSCO ESTADUAL: 20.055.420-3
AUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 48.306-012

Matrícula: **1041355** Agosto/2019
Endereço para entrega:

Dados do Cliente:
ROSA RIA SERRAO NUNES RUA MANOEL FELIPE, NUM. 1467/ - 4 - PDA
Inscrição Rota Seq. Rota: RESIDENCIAL ECONOMIA
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 48.306-012. 102.0281.000 da Restaçao 34866ção Águas SITUAÇÃO: Esgoto
FACTIVEL
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
201987 4-0
201988 1-2
201989 1-0
201990 1-0
201991 1-0
201992 1-0
MEDIA 1

DESCRICAÇÃO
AGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE AGUA

CONSUMO TOTAL (R\$)
1 m3 23,83
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019 0,49

TOTAL A PAGAR
VENCIMENTO: 15/09/2019 24,32

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

CAERR MATRÍCULA REFERÊNCIA VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
1041355 08/2019 15/09/2019 24,32

826800000000-0 24320004001-8 00104135501-5 08201910003-9

Via do Cliente

Via da OEM



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 / 55, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Marlon Magalhães Virginio, inscrito (a) no CPF sob o Nº 527.513.762 / 55, 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>AUº Manoel Felipe</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Número <u>1467</u>	Complemento
Bairro <u>ASA BRANCA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-170</u>	
Email <u>RONZO.MASULLO@HOTMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(35) 38122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>(35) 58-4307</u>	

BOA VISTA, RR, 06 de JANEIRO de 2020

Local e Data

Assinatura do Declarante

26/03/2019

...: Guia de Atendimento 17 :...

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.:

Ligeiro Amor
Coronel 8652
CV6

1901089073	26/03/2019 07:29:19	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		DIURNO	07-19	7
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
MARLON MAGALHAES VIRGINIO		01/01/1980	39 A 2 M 25 D		52751376215	00079111		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	181748	SSP/RR	01/08/1996	F	CASADO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe				Pai			Contato	
NELY MAGALHAES VIRGILIO				NI			(95) 99119-5023	Ocupação
Endereço	RUA - AFONSO DOS SANTOS PEREIRA - 49 - ALVORADA - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
VERDE	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				Temp.	Peso	Pressão	
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	36.50			120 x 80	
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA							
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.					
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA							
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
DOR EM HEMITORAX E, APÓS ACIDENTE DE TRANSITO NA NOITE ANTERIOR								
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL			
NEGA HAS e DM				AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6				
Anamnese (HORA DA CONSULTA - : h)	paciente relata dor e taioxie após acidente matociclistico atual							
Exame Físico	BTE em CORE, AAA, varada, hidroco							
	AR - MVR +/+ SRA							
Hipótese Diagnóstica	Tumor catino							
SADT - Exames Complementares	<input 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				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
(1) Drenagem 2 g FE (2) Tilt 500 ml FE em 10 feito								
Marcos Shimizu CRM-RR 204								
Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório <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 / / : :						

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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



26/03/19
09:42h

Paciente realizou raio-x que evidenciou fratura de arcos costais. Apresenta-se BEG, espasmo, 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 EOTE, recebeu recinto para medicamentos.

Paciente sofreu acidente automobilístico no dia 25/03/19 às 23h. O raio-x foi realizado no dia 26/03 às 08:30

Dr. Claudio Luhares
Cirurgião Geral
CRM-RR 1417



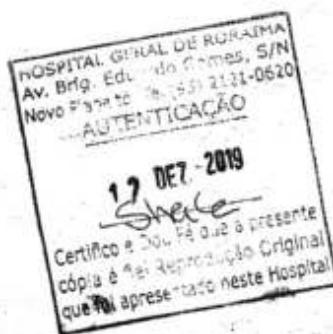
26/03/19
09:12h

Paciente realizou raio-x que evidenciou fratura de arcos costais. Apresenta-se BEG, espasmo, 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 é OTE, recebeu medicina para melhora.

Paciente sofreu acidente auto-mobilístico no dia 25/03/19 às 25h. O raio-x foi realizado no dia 26/03/19 às 08:30h

Dr. Cláudia Liphores
Cirurgião Geral
CRM-RR 1417



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

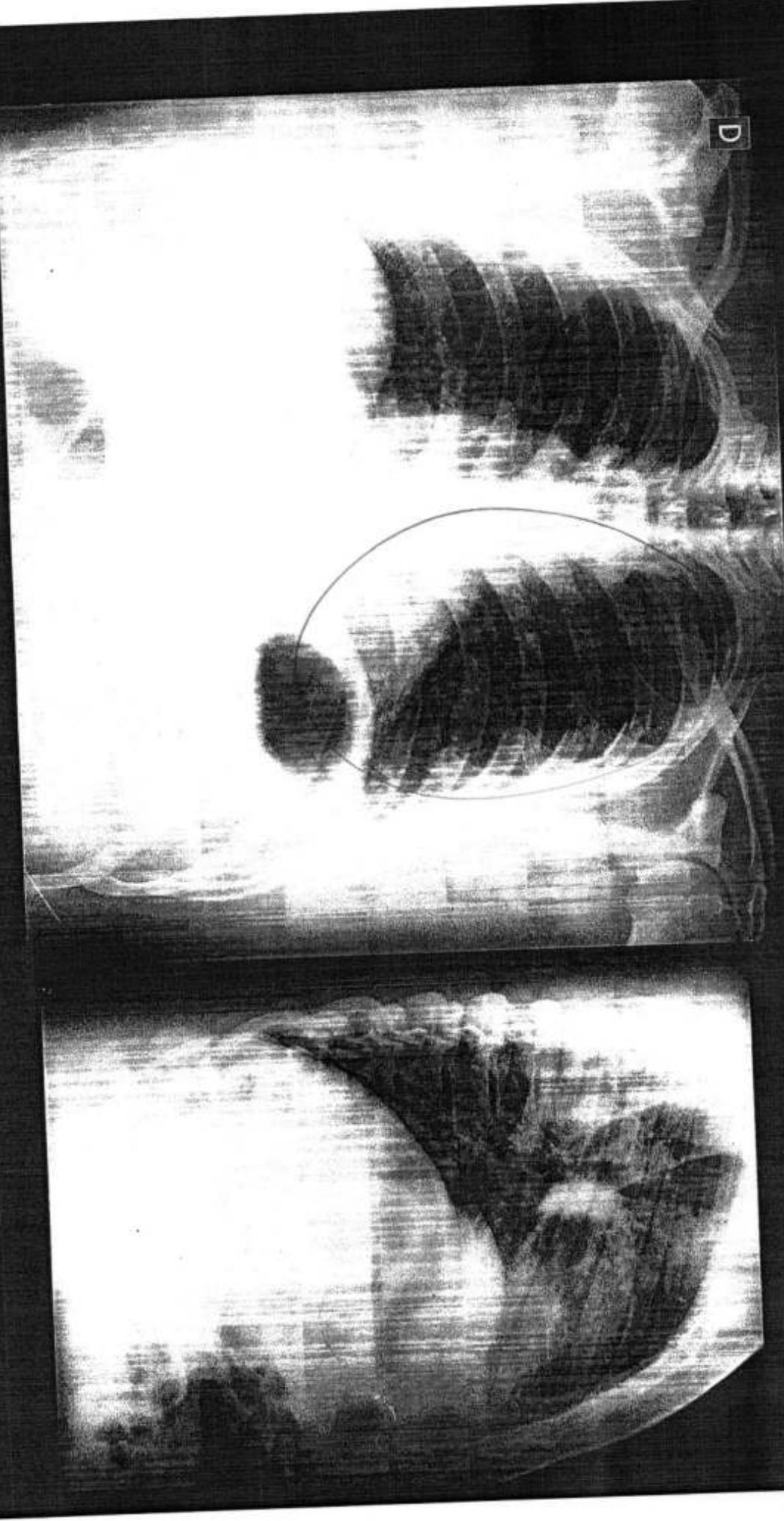
37,2 %

MARLON MAGALHAES VIRGINIA ,

26/3/2019 08:30:34

280 %

26/3/2019 08:30:34







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:

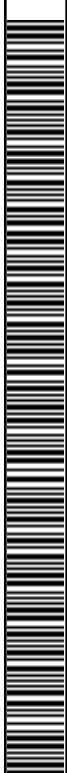
Documentos complementares:

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



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011362/20

Vítima: MARLON MAGALHAES VIRGINIO

CPF: 527.513.762-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/03/2019

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROSANGELA NUNES MASULLO

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

Vitima: MARLON MAGALHÃES VIRGII I

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.

16/12/19
Local e data

marlon magalhães virginio
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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/03/2019

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA