

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190675846 Vítima: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

Data do Acidente: 10/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

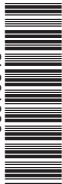
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
-----------------------	---

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190675846

Vítima: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

Data do Acidente: 10/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

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

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190675846

Vítima: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

Data do Acidente: 10/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

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\$ 9.450,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

Valor: R\$ 9.450,00

Banco: 237

Agência: 000002084-2

Conta: 0000018563-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorne 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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

707.294.232-71

4 - Nome completo da vítima:

MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

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

5 - Nome completo:

MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

7 - Profissão:

DO LAR

8 - Endereço:

AV: ABEL MONTEIRO REIS

6 - CPF:

707.294.232-71

11 - Bairro:

PINTOLANDIA

12 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Número:

970

10 - Complemento:

15 - E-mail:

RECUSON

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

68.336-758

16 - Tel. (DDD):

085-38122-7634

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\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRadesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 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 INVALEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorçado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viuvo

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 (se nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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

Assinatura digital do segurado 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 27/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DA BALIZA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



data
529507

DADOS DO REGISTRO DA OCORRÊNCIA

BOLETIM Nº 0381/2019	DELEGADO: <i>Fernando Alves da Cruz</i>
DATA: 29-04-2019	ATENDENTE: <i>Gilmar de Oliveira Lima</i>
HORA: 11h50min.	LOCAL, DATA E HORA: Vicinal 22, km 18, São Luiz – RR, em 10-04-19, por volta das 20h00min.

DADOS DO COMUNICANTE

NOME: PM de São Luiz – RR
END: XXXXXXXXX

DADOS DA VITIMA 01

NOME: Rubeneson de Nascimento Ribeiro	RG: 303.240-0/RR	CPF: pj.
END: Vicinal 22, km 20, São Luiz – RR.		
FILIAÇÃO: Raimundo Ernesto Ribeiro / Maria Antônia de Nascimento Ribeiro		
GRAU DE INST: pj.	APELIDO: Robenilson	
COR/IDADE: Parda, 31 anos	PROFISSÃO: Agricultor	
DATA DE NASCIMENTO: 26-07-1987	FONE: (95)98803-4184 (mãe)	
NATURALIDADE: Imperatriz - MA	CNPJ:	



NOME:	RG:	CPF:
END:		
FILIAÇÃO:		
GRAU DE INST: pj.	APELIDO: pj.	
COR/IDADE:	PROFISSÃO: pj.	
DATA DE NASCIMENTO:	FONE: pj.	
NATURALIDADE:	NACIONALIDADE:	

DADOS DA INFRAÇÃO

CÓD. INFR.	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO A TIPIFICAR

BREVE RELATO DOS FATOS: Através do ROP PM nº SL100419 foi comunicado um acidente de trânsito ocorrido na VIC. 22, KM 18, município de São Luiz –RR, envolvendo duas motocicletas, tendo como vítima fatal o Sr. RUBENESON DE NASCIMENTO RIBEIRO; QUE o veículo pilotado pela vítima era uma motocicleta HONDA NXR160 BROSESDD ANO/FAB 2016/2016, PLACA PHI-1257, CHASSÍ 9C2KDO810GR466582, DE COR BRANCA, sendo propriedade da vítima; QUE o veículo em que a vítima pilotava sofreu uma colisão frontal com outra motocicleta; QUE as equipes de Perícia e IML foram acionadas através da central CIOPS, onde efetuaram perícia e remoção do corpo. É o breve relato.

Maria Antônia de Nascimento Ribeiro
COMUNICANTE

[Assinatura]
ATENDENTE

AVISO: 1 – SOLICITAMOS QUE CASO OBTENHA NOVAS INFORMAÇÕES QUE AJUDEM NAS INVESTIGAÇÕES COMPAREÇA A ESTA DELEGACIA;

AVISO: 2 – O comunicante é responsável pelas declarações prestadas, sujeito às penas arts. 339 (Denúnciação Caluniosa) e 340 (Comunicação falsa de crime) do CPB.

RESERVADO PARA DESPACHO DA AUTORIDADE POLICIAL

- ☐ Fato Atípico (Arquivar); ☐ Intimar comunicante; ☐ Aguardar audiência agendada;
☐ OM ao SO, relatório em ____ dias – APC ____; ☐ Aguardar novos fatos ou representação;
☐ Outra(s) providência(s): _____
☐ Elabore-se ____ art(s). _____

Delegado(a) de Polícia Civil

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - ROP

P M

Nº SL100419

RR

DATA	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	VTR	KILOMETRAGEM	HORÁRIO	CÓDIGOS
04/2019	6ª CIPM São Luiz	115	Inicial Final 70901 70962	Inicial Final 19:15 05:49	Ocorrência Providência S. Prestados 1001:1003:1005 13023: 13999

14 JUN 2019

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Vicinal 22	Nº - KM 18	Bairro	Zona Rural	Raf.
------------	------------	--------	------------	------

PESSOAS RELACIONADAS

AGENTE SEGURADORA SIA Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR	Rubensson de Nascimento Ribeiro	Idade	31	Estado Civil	(União Estável)
End Vicinal 22, KM 20	Nº S/N Bairro	Zona Rural	Cidade	São Luiz	UF RR
PROFISSÃO Agricultor	RG 303240-0	SSP RR	CPF	Não portava	CNH Não possui Cat -
Envolvida	Maria Leonor Materan Graterol	Idade	39	Estado Civil	União Estável
End Vicinal 22, KM 20	Nº S/N Bairro	Zona Rural	Cidade	São Luiz	UF RR
Profissão Do lar	RG Não possui- Venezuelana	SSP -	CPF	Não portava	CNH Cat -
Vítima	Clodonilson Rodrigues de Araújo	Idade	17	Estado Civil	Solteiro
End Vicinal 22, KM 21	Nº S/N Bairro	Zona Rural	Cidade	São Luiz	UF RR
Profissão Estudante	RG 534702-5	SSP -	CPF	Não portava	CNH Não possui Cat -
Envolvido	Pedro Daniel da Silva Rodrigues	Idade	14	ESTADO CIVIL	Solteiro
End Vicinal 22, KM 21	Nº S/N Bairro	Zona Rural	Cidade	São Luiz	UF RR
Profissão Estudante	RG Não portava	SSP -	CPF	CNH	Cat -

ARMAS, OBJETOS E VALORES RELACIONADOS.

01 motocicleta HONDA BROS 160 PLACA PHI1257;
01 motocicleta HONDA TITAN 150 PLACA NAP0890.

HISTÓRICO

Senhor delegado de polícia civil, fomos acionados no quartel da polícia militar de São Luiz na hora na descrita, ao qual alguns populares nos informou de uma ocorrência de acidente de trânsito, também no endereço supracitado e que possível óbito no local. Que deslocamos à localidade e constatamos a veracidade dos fatos, cito ainda que se encontrava uma equipe do SAMU, fazendo a remoção ao hospital de São Luiz dos itens 03 e 04 e que ainda de acordo com os socorristas o item 01 estava em óbito, que após a remoção dos itens 04 também foi removida a item 02.

Segundo alguns familiares da vítima item 01 e outros populares, a vítima 01, conduzia a motocicleta HONDA BROS 160 PLACA PHI1257, sentido BR210 a dentro da vicinal 22, colidindo frontalmente com a motocicleta HONDA TITAN 150 PLACA NAP0890, conduzida pela vítima 03 que seguia no sentido oposto da motocicleta, que a vítima 03 teve óbito confirmado no hospital de São Luiz.

Realizado isolamento do local e acionado PERÍCIA e IML, que a equipe pericial chegou as 04h:19 e foi realizado os trabalhos pelo PERITO CLEIDSON, MATRÍCULA 42000279.

Em tempo: estavam na HONDA BROS os itens 01 e 02 e na HONDA TITAN os itens 03 e 04 e que os itens 02 e 04 estavam gravemente feridos e as referidas motocicletas apresentadas a esta DEPOL, estão atualmente avariadas em virtude do acidente de trânsito.

Diante do exposto, apresento esse relatório policial militar e os materiais acima descritos para as providências cabíveis.

RELATOR

Nome Completo	Matrícula	Lotação	Assinatura
FRANCISCO RONALDO OLIVEIRA RODRIGUES	47000926	6ª CIPM	<i>[Assinatura]</i>

RECEBIMENTO

Nome Completo	Matrícula	Função	Assinatura
deputado Gualdo P. Pontes	42000427	4ª P	Ronivon Silva de Oliveira CAP OOCPM MAT 047000994

Confere com o original

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.450,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02084-2

CONTA: 000000018563-9

Nr. Autenticação

BRADESCO1812201905000000000023702084000000018563945000 PAGO

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 ROSÂNGELANUNES MASULLO inscrito (a) no CPF 321.806.442 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL inscrito (a) no CPF sob o Nº 707.294.232 / 73, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL, inscrito (a) no CPF sob o Nº 707.294.232 / 73, 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.

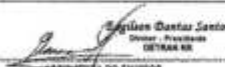
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>AV: MANOEL FELIPE</u>		Número <u>3467</u>	Complemento
Bairro <u>ASA BRANCA</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.308-370</u>
Email <u>ZANZA MASULLO@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(95) 98122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>951 58-4307</u>

BOA VISTA/RR, 27 de NOVEMBRO de 2013

Local e Data

Rosângela Nunes Masullo
Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
 VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 860356320	NOME ROSANGELA NUNES MASULLO		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 208734 SSP RR		
	CPF 321.801.442-53	DATA NASCIMENTO 01/05/1972	
	FILIAÇÃO GENNARO MASULLO ROSARIA SERRAO NUNES		
	PERMISSÃO PERMISSÃO	ACC 	CAT. HAB. AB
Nº REGISTRO 06050025726		VALIDADE 22/04/2015	1ª HABILITAÇÃO 22/04/2014
OBSERVAÇÕES			
 ASSINATURA DO PORTADOR			
PROIBIDO PLASTIFICAR 860356320	LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 23/04/2014	
	 Edilson Santos Santos Deputado Estadual RORAIMA RR 01490231461 RR207247390		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013746484218
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 01090844600 RNTC EXERCÍCIO 2017

NOME RUBENSON DE NASCIMENTO KIBEIRO

CNPJ 006.205.432-56 PLACA PHI1257

PLACA ANT/UF PHI1257/AN CHASSI 9C2KD0810GR466582

ESPECIE TIPO PAS/PO/OUT/LET/NAO APLIC. COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD ANO FAB 2016 ANO MOD 2016

CAP/POT/CIL 2P/3162/L7 CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º *FADD*

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS 2º *PAGO*

** QUITADO ** 3º *PAGO*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO PG OUT UF

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO
Antonio Francisco Beserra Marques
Diretor Presidente
ROBAINO DE DETRAN-RR DATA 19/02/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013746484218 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 19/02/2018

VIA 01 COD. RENAVAM 01090844600 PLACA PHI1257

RENAVAM 01090844600 MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB 2016 CAT. TARI 9 Nº CHASSI 9C2KD0810GR466582

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO PG OUT UF

☐ COTA UNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

013746484218
4417863018

JUL-2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190675846 **Cidade:** São Luiz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LEONOR MATERAN **Data do acidente:** 10/04/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS
GRATEROL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DO RÁDIO E ULNA
FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FÊMUR E TÍBIA:FIXADOR EXTERNO PAG 4/ PLACA E PARAFUSOS DO RÁDIO E ULNA-PAG 5) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO BILATERAL DO MEMBRO SUPERIOR E DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE BILATERAL DO MEMBRO SUPERIOR E MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE Nome: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

Nacionalidade: VENEZUELANA Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: DO LAR

Profissão: DO LAR

Identidade: 08485.029251/2017-39 SSP/RR CPF: 707.294.232-71
Endereço: Rua: 1011, nº 333, 3º andar, Centro, CEP: 68010-000, Belém-PA

Endereço: Rua: ABEL MONTEIRO REIS nº: 970 Bairro: PINTOLÂNDIA
Cidade: BOA VISTA UF: PB CEP: 58315-000

Cidade: BOA VISTA UF: RR CEP: 68.346-758

Vitima: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

CPF: 707.294.232-71 Data do sinistro: 13/04/2018

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.

Boa Vista/RZ 26/11/2019

Local e data

MARIO IGONOR MATRAN IVATEROL

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431891/19

Vítima: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

CPF: 707.294.232-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/04/2019

Titular do CPF: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL : 707.294.232-71

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: 04/12/2019
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431891/19

Número do Sinistro: 3190675846

Vítima: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

CPF: 707.294.232-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/04/2019

Titular do CPF: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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: 11/12/2019
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

ROSANGELA NUNES MASULLO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA