

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: 2956442920210120165551

Processo 0829856-32.2020.8.23.0010 ☆ - (61 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 10441 - Acidente de Trânsito
Nível de Sigilo: Público
Prioridade: Maior que 60 anos (conforme Lei 10.741/2003)

Pendências

Intimações não lidas: Ver Intimação

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória					
Filtros Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Advogado NPJ ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à Descrição:					
16 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 16 500 por pág.1					
Seq.	Data	Evento		Movimentado Por	
[-]	16	20/01/2021 16:55:51	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
	16.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2770302JUNTADAHONORARIOSPERICIAIS01.pdf	Público	
	16.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2770302JUNTADAHONORARIOSPERICIAISAnexo02.pdf	Público	
	16.3 Arquivo: GUIA DE DEPOSITO	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2770302JUNTADAHONORARIOSPERICIAISAnexo03.pdf	Público	
	15	18/01/2021 14:42:08	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 13) JUNTADA DE OUTROS (18/01/2021)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária	
	14	18/01/2021 14:42:08	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de DINA BATISTA DOS SANTOS com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 13) JUNTADA DE OUTROS (18/01/2021)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária	
[+]	13	18/01/2021 14:42:07	JUNTADA DE OUTROS	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária	
	12	21/12/2020 10:31:49	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020) e ao evento de expedição seq. 11.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
	11	18/12/2020 00:05:18	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária	
	10	18/12/2020 00:02:15	DECORRIDO PRAZO DE DINA BATISTA DOS SANTOS (P/ advgs. de DINA BATISTA DOS SANTOS *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ	
[+]	9	08/12/2020 17:21:17	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
	8	24/11/2020 15:39:10	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de DINA BATISTA DOS SANTOS) em 24/11/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA Advogado	
	7	23/11/2020 12:12:21	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de DINA BATISTA DOS SANTOS com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário	
[+]	6	23/11/2020 11:37:00	CONCEDIDO O PEDIDO	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado	
	5	20/11/2020 00:43:31	CONCLUSÃO PARA REJEIÇÃO DE PEDIDO DE TUTELA	SISTEMA CNJ	



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08298563220208230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DINA BATISTA DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,
Pede Juntada.

BOA VISTA, 15 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200069490

Vítima: DINA BATISTA DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DINA BATISTA DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 41,35
Juros:	R\$ 19,81
Total creditado:	R\$ 904,91

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: DINA BATISTA DOS SANTOS

Valor: R\$ 904,91

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 00000135815-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 141.194.712-08 4 - Nome completo da vítima: Lima Batista dos Santos

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

5 - Nome completo: Lima Batista dos Santos 6 - CPF: 141.194.712-08
7 - Profissão: Do Lar 8 - Endereço: R. Arco Lir 9 - Número: 671 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bairro do Sol 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-004
15 - E-mail: 16 - Tel(DDD): 95/99176-6409

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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 135815 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ 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 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, 03/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPF 001.10003/2010



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004129/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/01/2020 16:34 Data/Hora Fim: 28/01/2020 16:44
Delegado de Polícia: Francilene Lima Hoffmann de Vargas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 11/03/2019

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Raiar do Sol

Logradouro: RUA ARCO IRIS

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DINA BATISTA DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 04/03/1950 Idade: 69 anos
Naturalidade: TO - Goiás Profissão: Aposentado
Estado Civil: Viúvo(a)
Nome da Mãe: Perpetua Rodrigues dos Santos Nome do Pai: Manoel Batista Soares

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 141.194.712-68

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ARCO IRIS Nº: 671
Bairro: Raiar do Sol
Telefone: (95) 99176-6409 (Celular) (95) 99144-6684 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa KAM7593	Número do Chassi FINAL 7809
Cor AMARELA	Marca/Modelo HONDA CBX 250 TWISTER
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Dina Batista dos Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

QUE na data e horário encimado trafegava na garupa da motocicleta em questão na rua Arco Iris e ao se deparar com um veículo fazendo uma manobra arriscada, o piloto da moto (seu neto) teve de freiar bruscamente a moto, derrubando a vítima e esta lesionou o ombro direito; QUE por meses aguardou cirurgia no HGR, mas não teve sucesso; QUE recentemente foi procurada por uma pessoa dizendo trabalhar com DPVAT e foi aconselhada ao registro deste BO. É o relato.

Delegado de Polícia Civil: Francilene Lima Hoffmann de Vargas
Impresso por: Adelson Araujo Viana Junior
Data de Impressão: 28/01/2020 16:44
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



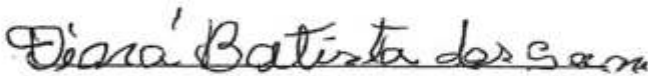
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004129/2020

ASSINATURAS


Adelson Araújo Viana Junior
Agente de Polícia
Matrícula 42000909
Responsável pelo Atendimento


Dina Batista dos Santos
(Comunicante / Vítima)

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

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

2 - Nº de registro do ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 141.194.712-08 4 - Nome completo da vítima: Wagner Batista dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) OX/ILAN SUSSE Nº 445/2022

5 - Nome completo: Wagner Batista dos Santos 6 - CPF: 141.194.712-08
7 - Profissão: Des. Par. 8 - Endereço: R. Arco Lúmen 9 - Número: 671 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Parque das Flores 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-004
15 - Fone: 95/91176-6309

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ REFIRO INFORMAR ☐ R\$1,05 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.01,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - BANCOS EM QUE O BENEFICIÁRIO TEM CONTA CORRENTE: ☒ BANCO DO BRASIL ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL ☐ OUTRO (especificar): _____

☒ CONTA DE POUQUANÇA (somente para os bancos citados. Anotar a agência)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0053 CONTA: 135815 (informar o código do banco)

☐ CONTA CORRENTE (informar o banco)

Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (informar o código do banco)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de acordo com a titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recebendo-o e dando, desde já, o somatório 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 impedido 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 na minha pessoa 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 apresentar à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões por acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme 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 discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Outros: _____

24 - Grau de parentesco com a vítima: _____ 25 - Vítima deixou companheira(o): ☐ Sim ☐ Não 26 - Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo: _____

27 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 28 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 29 - Vítima deixou parentes próximos? ☐ Sim ☐ Não 30 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 31 - Vítima deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha outros parentes, informar vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou outros parentes? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, com certeza, o indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem, com documentação, estar na conta, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a vítima): _____
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a vítima): _____
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a vítima): _____
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a vítima): _____

38 - 1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura do testemunha: _____
39 - 2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura do testemunha: _____

40 - Local e Data: Boa Vista 03/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Wagner Batista dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Wagner H. S. de Melo

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 904,91

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DINA BATISTA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000135815-7

Nr. da Autenticação 0331D139F03EB514



Nº da Conta: 0367721053
Mês de referência: 09/2019
Período: 06/08/2019 a 05/09/2019
Data de emissão: 08/09/2019

TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
LE.: 240108035
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62
CNPJ Filial :02.558.157/0016-49

Vencimento
21/09/2019

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Tânia Helena Fracalossi de Melo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 421.026.772 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Dina Batista dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 41.194.712 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Dina Batista dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 41.194.712 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso 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: R: Antônio Augusto Martins

Número: 347

Complemento:

Bairro: João Francisco Cidade: Bea Vista

Estado: RR

CEP: 69.305-270

E-mail: parana_meda@hotmail.com

Tel.(DDD): 95) 99139-8405

Local e Data: Bea Vista, 03/02/2020

Tânia Helena Fracalossi de Melo

Assinatura do Declarante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200069490 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DINA BATISTA DOS SANTOS **Data do acidente:** 11/03/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P2 P3 P7 P8)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA IDOSA 70 ANOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

BLOCO D

alta 28.03.99



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO, etc.)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/03/1980

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

69325

9 - SEXO

FEM

11 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

14 - COD. IBGE/MUNICÍPIO

3100000

15 - UF

RJ

16 - CEP

20040-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

01/03/99

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SE ENQUADRA

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

11/3/99

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

03010600

2039

114-1

NIR -

Engº
Dahiane

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HCR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		D. B. Batista	
DIAGNÓSTICO	HAS		
ALERGIAS	LEITO	DM2	NEGA
IDADE		DATA	11/05/19
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
4	TILATIL 20mg 12/12hs		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	Dipirona 2g EV agora		
16			
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

K11G

PA - 191 x 108 mmHg

FC - 99 bpm

Regulado
para leito

Regulação Interna

114-1

NIR

Engº

Dahiane

SINAIS VITAIS	T	FC		
6 H	37.0	70	105 x 62	70
12 H				
18 H	35.7°C	56	150/81	
24 H	35.8°C	65	130 x 78	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

06h pct no leito feito medicações cpm ssuv realizado
sem queixas segue aos cuidados da enf. t. c. reabete



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____
PACIENTE *Diana Batista dos Santos*
AGNÓSTICO *Ex de unido direito*
ALERGIAS _____ HAS _____ NEGA _____ DM2 _____
IDADE _____ LEITO *114-1* DATA *12/03/19* HORÁRIO _____
ITEM _____ PRESCRIÇÃO _____

- 1 DIETA ORAL LIVRE
- 2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
- 3 SF 0,9% 500ML EV S/N
- 4 DAPIRONA 500MG EV 6/6H
- 5 TILATIL 20MG EV 12/12H
- 6 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENS.
- 7 NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITE
- 8 RANITIDINA 50MG EV 8/8H
- 9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N
- 10 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h
- 11 CEFALOTINA 1G EV 6/6H
- 12 CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H
- 13 GENTAMICINA 240MG EV 1X DIA
- 14 AMICACINA 1G EV 1X DIA
- 15 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA
- 16 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
- 17 SSV + CCG 6/6 H
- 18 CURATIVO DIÁRIO
- 19 *A/ta Medica*
- 20
- 21

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
- # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # SOLICITADO:
- # CONDUTA: MANTIDA
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
CRM-RR 2028
Residente de Ortopedia e Traumatologia

12/03/19 Paciente em bom estado geral
sem queixas, sem dor, com
membro direito imobilizado,
pulsos presentes, com bom
perfuso distal e pulsos chiros →



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Paulo Roberto da Silva, 69 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 11/03/17, COM
DIAGNÓSTICO DE Rx de Útero Distorto.

NO DIA 11 / 11 / 2011, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE FRATURA DE CÔRNO DE BÓVIA SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12/1/78, ÀS 10.00, EM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

CÔM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 10 / 04 / 19 ÀS 19:00, COM O
DR. Mary

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RB/2028

BOA VISTA

MÉDICO

D



56.6 %

11/3/2019 10:09:07

D



56.7 %

11/3/2019 10:09:07

, DIRA BATISTA DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

NO DIA 11/11, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE _____ SENDO OPERADO PELO DR. _____

OPERADO PELO DR. _____ SENDO
E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12.03.19 AS 9:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 10 / 04 / 19 ÀS 19:00
DR. May

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 2028

BOA VISTA, 12.03.75

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 8310875 1 VIA PARTE 10/11/2013

NOME DINA BATISTA DOS SANTOS

ENDEREÇO

MANOEL BATISTA SOARES

NATURALIDADE PERPETUA RODRIGUES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 04/03/1950

PIACA GO

CPF 12699501531972200003223000095911

CPF 141194212-68

DATA 10/11/2013

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO TITULAR

10130

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

POLÍCIA CIVIL

IDENTIFICAÇÃO

15/11/13

400 065 11

PARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Dina Batista dos Santos

POLEGAR DIREITO

10130

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056515/20

Vítima: DINA BATISTA DOS SANTOS

CPF: 141.194.712-68

Data do acidente: 11/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DINA BATISTA DOS SANTOS

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO : 421.026.772-49

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

DINA BATISTA DOS SANTOS : 141.194.712-68

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: 11/02/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO
CPF: 421.026.772-49

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Dina Batista dos Santos
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Viúva
PROFISSÃO: Idosa RG: 8310875
CPF: 141.194.712-68 ENDEREÇO: R. Circo Iris
BAIRRO: Raio de Sol CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.316-004

VÍTIMA: _____
CPF: _____ DATA DO SINISTRO: 11/03/2019
NATUREZA: _____

OUTORGADA :

NOME: Tânia Helena Fracalossi de Melo
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: Autônoma ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RO
Nº DO RG: 488049
DATA DE EMISSÃO: 09/07/92
Nº CPF: 421.026.732-59
ENDEREÇO: R. Antônio Augusto Martins, nº 347

PODERES:

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

Boa Vista, 25 de Outubro de 2019

CARTÓRIO
LOUREIRO

Dina Batista dos Santos
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
R. VILLA BOA Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RS - TEL: (51) 3634-6893 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR
REC. VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
[assinatura] - DINA BATISTA DOS SANTOS
ABL/Em testemunho da verdade Boa Vista, 17/12/2019
Empl. 3245, FUNDEJURR 0,25, FISC 0,10, FECON 0,10, ISS 0,10
Selo REC FIR 158345 NYJVD0ET8IGKYP40 N° Ticket 200024
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalsei.rr.com.br>
CPF Solicitante: 14119471268

João G. Sabino
Escritor Autorizado
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056515/20

Vítima: DINA BATISTA DOS SANTOS

CPF: 141.194.712-68

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 11/03/2019

Titular do CPF: DINA BATISTA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO : 421.026.772-49

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

DINA BATISTA DOS SANTOS : 141.194.712-68

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: 11/02/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
CPF: 421.026.772-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200069490

Vítima: DINA BATISTA DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DINA BATISTA DOS SANTOS

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

Banco do Brasil

Nº DA CONTA JUDICIAL

700113654613

Nº DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO		AGÊNCIA (PREF / DV)		TIPO DE JUSTIÇA	
0		13/01/2021		3797		ESTADUAL	
DATA DA GUIA		Nº DA GUIA		Nº DO PROCESSO		TRIBUNAL	
12/01/2021		2770302		08298563220208230010		TRIBUNAL DE JUSTICA	
COMARCA		ORGÃO/VARA		DEPOSITANTE		VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
BOA VISTA		4 VARA CIVEL RESIDUAL		RÉU		200,00	
NOME DO RÉU/IMPETRADO				TIPO DE PESSOA		CPF / CNPJ	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A				Jurídica		09248608000104	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE				TIPO DE PESSOA		CPF / CNPJ	
DINA BATISTA DOS SANTOS				Física		14119471268	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA							
0D8AD90C371C1EAA							
CÓDIGO DE BARRAS							