

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028996

Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILMAR PEREIRA 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



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, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028996

Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200028996 **Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 30/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 000010069182-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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: 773.412.303-15 4 - Nome completo da vítima: GILMAR PEREIRA 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: Gilmar Pereira dos Santos 6 - CPF: 773.412.303-15
 7 - Profissão: ACOQUEIRO 8 - Endereço: RUA - ARTHUR de Lima 9 - Número: 242 10 - Complemento:
 11 - Bairro: ALVORADA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 68.317.186
 15 - E-mail: Recusou 16 - Tel.(DDD): (55) 98122-7634

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: 0250 X CONTA: 69.582 B

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende 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 (varônscer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs 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)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Belo Horizonte, 06/03/2020
 Gilmar Pereira dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Gilmar Pereira dos Santos

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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: 773.412.303-15 4 - Nome completo da vítima: GILMAR PEREIRA 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: Gilmar Pereira dos Santos 6 - CPF: 773.412.303-15
 7 - Profissão: ACOQUEIRO 8 - Endereço: RUA - ARTHUR de Lima 9 - Número: 242 10 - Complemento:
 11 - Bairro: ALVORADA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 68.317.186
 15 - E-mail: Recusou 16 - Tel.(DDD): (55) 98122-7634

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: 0250 X CONTA: 69.582 B

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende 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 (varnascer)? 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)

40 - Local e Data,

Belo Horizonte, 06/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

571123

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041984/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2019 11:09 Data/Hora Fim: 27/11/2019 11:31
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 30/06/2019 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Pitolândia

Logradouro: AV. NAZARÉ FILGUEIRAS

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1472: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - COLISÃO TRASEIRA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: BA - Urandi	Sexo: Masculino	Nasc: 09/07/1969
Profissão: Açougueiro			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: ADELINA PEREIRA DOS SANTOS			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 773.414.309-15

RG - Carteira de Identidade: 58961825

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JOÃO ARTUR DE LIMA

Nº: 242

Bairro: ALVORADA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 773.414.309-15	Placa NUL4249
Renavam 00492501769	Número do Motor KD05E5C603255
Número do Chassi 9C2KD0550CR603255	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES
Modelo HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 07/04/2015	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS	Proprietário





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041984/2019

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARCEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCrito, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA AV. NAZARÉ FILgueiras, SENTIDO > AV. ATAIDE TEIVE, QUANDO NA ALTURA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UM VEÍCULO QUE SEGUIA A SUA FREnte FEZ UM FRENAGEM SÚBITA LEVANDO O COMUNICANTE A COLIDIR NA TRASEIRA DO MESMO E CAIR. QUE COM A QUEDA SOFREU LESÃO CORPORAL, COM ROMPIMENTO PARCIAL DO TENDÃO DO OMBRO DIREITO. QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL POR FAMILIARES. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.
É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042000169
Responsável pelo Atendimento

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS
(Vítima / 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."





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

571123

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041984/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2019 11:09 Data/Hora Fim: 27/11/2019 11:31
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 30/06/2019 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Pitolândia

Logradouro: AV. NAZARÉ FILGUEIRAS

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1472: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - COLISÃO TRASEIRA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: BA - Urandi	Sexo: Masculino	Nasc: 09/07/1969
Profissão: Açougueiro			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: ADELINA PEREIRA DOS SANTOS			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 773.414.309-15

RG - Carteira de Identidade: 58961825

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JOÃO ARTUR DE LIMA

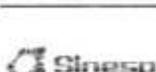
Nº: 242

Bairro: ALVORADA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 773.414.309-15	Placa NUL4249
Renavam 00492501769	Número do Motor KD05E5C603255
Número do Chassi 9C2KD0550CR603255	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES
Modelo HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 07/04/2015	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS	Proprietário





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041984/2019

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARCEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCrito, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA AV. NAZARÉ FILgueiras, SENTIDO > AV. ATAIDE TEIVE, QUANDO NA ALTURA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UM VEÍCULO QUE SEGUIA A SUA FREnte FEZ UM FRENAGEM SÚBITA LEVANDO O COMUNICANTE A COLIDIR NA TRASEIRA DO MESMO E CAIR. QUE COM A QUEDA SOFREU LESÃO CORPORAL, COM ROMPIMENTO PARCIAL DO TENDÃO DO OMBRO DIREITO. QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL POR FAMILIARES. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.
É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042000169
Responsável pelo Atendimento

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS
(Vítima / 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(s) tipo(s) de cobertura: DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Núm. ativo no ASO: 3 - CPF do Vítima: 4 - Nome completo da vítima: 5 - Número completo: 6 - CPF:

203.912.308-15 **Almae Pereira dos Santos** 203.912.308-15

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - LINHA CAR SUSP N°445/2012

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Rua: 10 - Complemento:

Agricultor **Rua - Avenida de Lima** **247**

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Alvorada **Bento Gonçalves** **RS** **68.317.436**

15 - Telefone: 16 - Telefone:

(35) 3817-7634

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

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

20 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECEBENDO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.001,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: 22 - BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO: 23 - REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (informe para os bancos que não possuem agência na sua cidade)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todas as contas)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (343)	Name do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

AGÊNCIA: 0250 CONTA: 63.582 B AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito secreto) (Informar o dígito secreto) (Informar o dígito secreto) (Informar o dígito secreto)

Autorizo a Seguradora Lider a credenciar me no seu banco a informar, de forma individualizada, o valor da indenização referente ao do Seguro DPVAT e que eu fui direto, recorrendo a ela, caso haja necessidade após a realização do crédito, quanto total ou parcialmente.

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

Declaro, sou eu, pessoa da qual estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de recebimento da Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.947/94), com base em:

- VIM na IM que atende a regras da acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regras do paciente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias da pedição.

Se cito o preceguimento de laudos no meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, sou eu, declarante, com base na documentação que possuo, que para verificar se o laudo do IML, com, no mínimo, 30 dias, é necessário, é preciso que o Segurador queira para verificação de existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes da acidente ou trânsito causado no veículo, conforme a Lei nº 8.947/94.

Declaro que esta autorização não significa prever, antecipadamente, que eu tenha direito à indenização ou renuncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado (judicialmente) Viúvo Outro tipo de vínculo: _____ 24 - Data de nascimento: _____

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

28 - Vítima: Sim Não 29 - Detinha filhos: Sim Não 30 - Vítima: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha filhos, informar: Sim Não 33 - Vítima deixou: Sim Não pais/avós/vóis: Sim Não

Este cliente ceve o Segurado Lider seguro, caso dando, e o Contrato de Seguro DPVAT por morte acidental benefícios que se complementarem e proverem essa condição, caso de óbito, de que que tenha direito ou não à vaga não verdadeira poderá querer a liberação de recursos e o valor sobrando da vítima da resolução judicial por intermédio artigo 235 do Código Penal.

34
Imóveis:
- Imóveis
- Imóveis
- Imóveis
- Imóveis
- Imóveis
- Imóveis

35 - Nome legal de quem assina o pedido (a loga): _____

36 - CPF legal de quem assina o pedido (a loga): _____

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a loga): _____

40 - Local e Data: **Brasil, 06/05/2010**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Almae Pereira dos Santos**

42 - Assinatura do Procurador (se houver): **Fernanda Oliveira**

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

00000000000000000000

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010069182-X

Nr. da Autenticação 203852A65968F76D



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Enr Gómez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 / Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 368/13

Pode visitar a.com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

0091239-5

4051012

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é concedida
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

NOVEMBRO/2019 06/12/2019
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS
R. JOAO ARTHUR DE LIMA 242 - ALVORADA
CEP: 69.317-196 - BOA VISTA

CONSUMO MÉDIO TOTAL A PAGAR
175 163,98
CPF: 00077341430915

DADOS DA LEITURA (kWh)

Atual: 175
Anterior: 174
Dias de consumo: 31
Constante de Multiplicação: 1.936
Consumo médio: 175
Consumo Retardo:

DATAS DA LEITURA

Atual: 16.12.2019
Anterior: 13.12.2019
Próxima leitura: 14.12.2019
Emissão: 16.12.2019
Agravação:

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

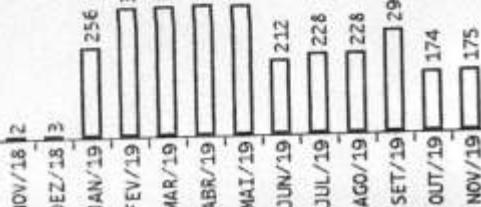
Grupo/Subgrupo: RESIDENCIAL
Classe/Subclasse: TRIFÁSICA
Ligação: INSTALAÇÃO
Número Medidor: NCRW-
Período de Faturamento: 11/2019-12/2019
Modalidade: N 1424765

CONSUNTO 175 A R\$ 0,773195 = 135,30
MULTA POR ATRASO DE 1 10/19-00 0,75
MULTA POR ATRASO 10/19-00 2,66
JUROS DE MORA DE IMPO 10/19-00 0,84
ILUMINAÇÃO PÚBLICA 25,23

TARIFA MÉDIA MENSAL

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 175 - R\$ 0,524836

HISTÓRICO DE LEITURA



PARA MAIS INFORMAÇÕES, ATIVAR O TELEFONE ATÉ 10.12.19 P/ NÃO PENDER
A TARIFA RUSH. DESC. RTE 30%. TARIFA DE ENERGIA. REAJUSTE MÉDIO
-2,12% NEGATIVO - REAJUSTE ANEL II 2,63% DE 29.10.2019.
LINK: 8200745126 E PRAZO VENCIMENTO 16.11.16 21:26
Parabéns! Até o dia 14/11/2019, não constavam faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS
IMPORTANTESREAVISO DE
VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO 56A4_57CA_BFAE_581F_1EA8_4CF2_FBAF_1354

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	Encargos:	Tributos:	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
			Base de Cálculo:	ALÍQUOTA:	VALOR:
73,15	4,14	0,00	73,15	ICMS: 17,00%	20,88
12,45	0,00	0,00	12,45	PIS: 0,22%	0,03
0,00	0,00	0,00	0,00	COFINS: 1,80%	0,00
85,60	4,14	0,00	85,60		

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	Mês	Trimestral	Anual		Mês	Trimestral	Anual		Mês	Trimestral	Anual
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82				
Parágrafo 1º	0,00	0,00	0,00				0,00				
Conjunto	DISTRITO							Período de expiração:	09/2019	Emissor:	95,80

ROT: 11.001.19.07.077800



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Enr Gómez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0091239-5

TOTAL A PAGAR - R\$

163,98

MÊS FATURADO

11/2019

VENCIMENTO

06/12/2019

Nº da Nota Fiscal:

4051012

FCAM#

83610000001 4 63980075000 7 00000000091 9 23951119008 8



SEQ.: 0175 UC: 0091239-5 DT.LEIT.: 18/11/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 7586 NORMAL TOTAL: 163,98 CARGA: 025
DT.VENC.: 06/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4261



C.º 05.039.467/0001-15
CHAMADA ESTADUAL: 20.255.428-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 09.300-610

ADONISTICO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matricula:

1041355

Agosto/2019

Endereço para entrega:

Dados do Cliente:

ROSAIRIA SERRAO NUNES

Inscrição

Rota

RUA MANOEL FELIPE, NUM. 1467 / - 4 - RGA

SEQUENCIAL: 1041355

EDADE: 66 | ECONOMIAS

REGISTRO: 102.0281.000 de Instalação 3.486.930 AGRU. RESIDENCIAL

Situação Esgoto

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

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

ULTIMOS CONSUMOS

201907	4-0
201906	1-0
201905	1-0
201904	1-0
201903	3-0
201902	1-0
MEDIA	1

Qualidade da Reuna Distribuída ao Consumidor					
Informações das Anotrias Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5640 - 2005 G.M.					
ANOTRIAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOT.HIB	E.COL
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	200	200	200	200	200
CONFORMES	200	200	200	200	200

DESCRICAO

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

1 M3 23,83

0,49

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO: 15/09/2019

24,32

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

Via do Cliente



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

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



Via da CHE



C.º 05.039.467/0001-15
CHAMADA ESTADUAL: 20.255.428-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 09.300-610

ADONISTICO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matricula:

1041355

Agosto/2019

Endereço para entrega:

Dados do Cliente:

ROSAIRIA SERRAO NUNES

Inscrição

Rota

RUA MANOEL FELIPE, NUM. 1467 / - 4 - RGA

SEQUENCIAL: 1041355

EDADE: 66 | ECONOMIAS

REGISTRO: 102.0281.000 de Instalação 3.486.930 AGRU. RESIDENCIAL

Situação Esgoto

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

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

ULTIMOS CONSUMOS

201907 4-0

201906 1-0

201905 1-0

201904 1-0

201903 3-0

201902 1-0

MEDIA 1

Qualidade da Reuna Distribuída ao Consumidor					
Informações das Anotrias Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5640 - 2005 G.M.					
ANOTRIAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOT.HIB	E.COL
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	200	200	200	200	200
CONFORMES	200	200	200	200	200

DESCRICAO

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

1 m³ 23,83

0,49

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO: 15/09/2019

24,32

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

Via do Cliente



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

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



Via da CHE

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 GILMAR PEREIRA DOS SANTOS inscrito
 (a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 35, conforme

determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Número	Complemento
<u>40º Manoel Felipe</u>	<u>1467</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>ASA BRANCA</u>	<u>RR</u>	<u>68.305-170</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>rosangela.masullo@hotmail.com</u>	<u>9598122-7634</u>	<u>99158-4307</u>

Bon Vista, RR, 26 de Dezembro de 2019
 Local e Data

Rosângela Nunes Masullo
 Assinatura do Declarante

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 GILMAR PEREIRA DOS SANTOS inscrito
 (a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 773.412.305 / 35, conforme

determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Número	Complemento
<u>40º Manoel Felipe</u>	<u>1467</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>ASA BRANCA</u>	<u>RR</u>	<u>68.305-170</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>rosangela.masullo@hotmail.com</u>	<u>9598122-7634</u>	<u>99158-4307</u>

Bon Vista, RR, 26 de Dezembro de 2019
 Local e Data

Rosângela Nunes Masullo
 Assinatura do Declarante

RITORNO 07-19 8

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

1901129620	30/06/2019 10:25:22	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA		
Paciente:			Data Nascimento:	Idade:	CNS:	CPF:	Prontuário:
GILMAR PEREIRA DOS SANTOS			09/07/1969	49 A 11 M 21 D	706007376755741	77341430915	
					Naturalidade:	Nacionalidade:	
Tipo Doc:	Documento:	Órgão Emissor:	Data Emissão:	Sexo:	Estado Civil - Raça/Cor:		
IDENTIDADE	00058961825	SSP PR		M	SOLTEIRO(A)PARDA	URANDI - BA	BRASILEIRA
Mãe:						Pai:	Contato:
ADELINA PEREIRA DOS SANTOS						NC	(95) 99123-5436
Endereço:							Ocupação:
AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - 000 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR							

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validado	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Registrado por:
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		JACKSON.SADOVSKI
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA				

Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL
"Acidente de moto"		15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 10:30h) Paciente sofreu acidente de moto (sem capacete). Caiu em cima do braço D

Exame Físico
PEG, LOTE, cca, supino
Dificuldade a movimentar os membros sup. D. Presença de eritema em
vermelho esp. D.

Hipótese Diagnóstica
Contágio sôbrio direto - h Tchoco + Raul + Mauro

SADT - Exames Complementares
_____ ULTRASOM TC SANGUE URINA ECG OUTROS: _____

SADT - Exames Complementares
_____ ULTRASOM TC SANGUE URINA ECG OUTROS: _____

SADT - Exames Complementares
_____ ULTRASOM TC SANGUE URINA ECG OUTROS: _____

*D. Jesus A. Lopez Aguirre
Casa de la Cultura*

Upright 10

Luisa Lopez Aguirre
CNA-IR 566

Conduta _____ () Ambulatório

Alta por Decisão Médica Observação (Até 24h)
 Alta a Pedido Internação
 Alta a Revisão Data da Saida/Alta: 30/06/19 11:47

(X) Transferência para: Ontopédia

Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: jackson.sadovski
Data/Hora: 30/06/2019 10:25:57

*Cachorro é meu Fé que a presente
é falsa Reprodução Cachorro*

10.102.5.252:8888/IS4/IS4//AADB5438-5D9A-4C45-8514-FF6909963B06.html

10.102.0.1 - - [10/Jul/2018:10:45:21 +0000] "GET / HTTP/1.1" 200 1234

Cód. Pac.: 73033

Nome: **GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**

Data: 16/10/2019 Idade: 50A Procedência: **ELETIVO**

Médico Solicitante: **NILO BRANDÃO**

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO DIREITO

Protocolo:

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

Indicação clínica:

- Sind. de impacto.

Relatório:

- Espessamento capsuloligamentar acromioclavicular, com bordo inferior obliterando parcialmente a gordura subacromial.
- Fluido líquido na bursa subacromial/subdeltoidea, sugestivo de bursite.
- Acentuada alteração de sinal e espessamento envolvendo a inserção do tendão supraespinhal e infraespinhal, com áreas de delaminação/fissuras, destacando-se na superfície articular (com áreas maiores que 50% das fibras), configurando alto grau.
- Demais tendões do manguito rotador de morfologia e intensidade de sinal preservado.
- Alteração de sinal intrassubstancial no aspecto pôsterior-superior do labrum, de aspecto degenerativo.
- Pequeno derrame articular gleno-umeral.
- Tendão do cabo longo do bíceps braquial íntegro, sem sinais de rotura.
- Estruturas musculares sem alterações significativas.

Conclusão:

- Leve alteração degenerativa acromioclavicular.
- Bursite subacromial/subdeltoidea.
- Tendinopatia e rotura parcial de alto grau de fibras insercionais do tendão supraespinhal e infraespinhal.
- Pequeno derrame articular gleno-umeral.
- Alteração de sinal intrassubstancial no aspecto pôsterior-superior do labrum glenoidal, de aspecto degenerativo.

Dr. Leomar Hitotuzi
Médico Imagenologista
CRM-RR 1232

Dr. Leomar Hitotuzi

CRM 1232

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443

Responsável Técnico

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



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

Reclassificação _____:
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul - Azul

Reclassificação _____:
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul, Azul-

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul

Impresso por: jackson.sadovski
Data Hora: 30/06/2019 10:25:57

БІО-Співзакінчень
ІІІ. Документація земель
№ 4.2.24 - 01.06.07

Carimbo e Assinatura do Médico



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL CORONEL MOTA

SETOR DE ULTRASSONOGRAFIA

NOME: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS **DN:** 09.07.1969

IDADE: 50 ANOS **SEXO:** M

DR^a: JESUS **DATA:** 26.07.19

ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

Ao exame do ombro direito, observa-se presença de imagem de espessamento heterogêneo, do tendão do músculo supraespinhal, com lesão intratendinea de 4 mm no terço médio, compatível com ruptura.

Tendão subescapular e infraespinhal preservados.

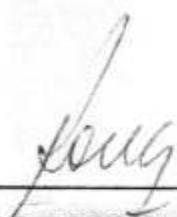
Tendão da cabeça longa do bíceps espessados, hipoecóico, com coleção líquida laminar peritendinea.

Articulação acrômio clavicular preservado.

Ausência de outras lesões focais.

HD: Ruptura parcial intra tendínea do tendão do músculo supraespinhal à direito.

Tenossinovite bicipital à direito.



MÉDICO RESPONSÁVEL
DR: JULIO KONG/ CRM - 376

Nome **GILMAR PEREIRA DOS SANTOS**

Cód. Pac.: 73033

Data: 16/10/2019 Idade: 50A Procedência: **ELETIVO**

Médico Solicitante: **NILO BRANDÃO**

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO DIREITO

Protocolo:

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

Indicação clínica:

- Sind. de impacto.

Relatório:

- Espessamento capsuloligamentar acromioclavicular, com bordo inferior obliterando parcialmente a gordura subacromial.
- Fluido líquido na bursa subacromial/subdeltoídea, sugestivo de bursite.
- Acentuada alteração de sinal e espessamento envolvendo a inserção do tendão supraespinhal e infraespinhal, com áreas de delaminação/fissuras, destacando-se na superfície articular (com áreas maiores que 50% das fibras), configurando alto grau.
- Demais tendões do manguito rotador de morfologia e intensidade de sinal preservado.
- Alteração de sinal intrassubstancial no aspecto póstero-superior do labrum, de aspecto degenerativo.
- Pequeno derrame articular gleno-umeral.
- Tendão do cabo longo do bíceps braquial íntegro, sem sinais de rotura.
- Estruturas musculares sem alterações significativas.

Conclusão:

- Leve alteração degenerativa acromioclavicular.
- Bursite subacromial/subdeltoídea.
- Tendinopatia e rotura parcial de alto grau de fibras insercionais do tendão supraespinhal e infraespinhal.
- Pequeno derrame articular gleno-umeral.
- Alteração de sinal intrassubstancial no aspecto póstero-superior do labrum glenoidal, de aspecto degenerativo.

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Dr. Leomar Hitotuzi
Médico Imagenologista
CRM-RR 1232

Dr. Leomar Hitotuzi CRM 1232

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

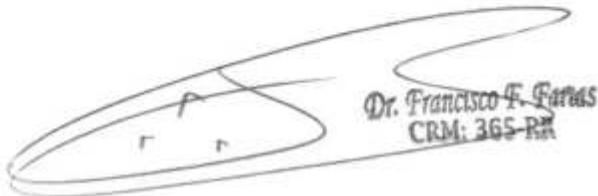
Bando Médico

Sr. Gilmar Pereira dos Santos, R.G. 5896.182-5 SSP/PA

vítima de acidente de moto, conforme ficha de atendimento 1901129620 P.S. Francisco Belbão de 30/06/2019, com diagnóstico ortopédico de Ruptura parcial entre tendões do tendão do músculo supraespinal e direito e tendão bicipital e direito. Foi realizado tratamento conservador. Foi realizados também sessões de fisioterápia. Apos o atendimento médico, percebendo evolução com limitações para elevação do braço direito, limitações para abdução, adução, rotação e redução de giro do membro superior direito, comprometendo suas atividades laborais com membro superior direito.

Conclusão: Se quele funcional permanentemente de membro superior direito.

16/01/2020


Dr. Francisco F. Farias
CRM: 365-RR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR		Nº 014247002151	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
4	VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.
0	01	00472501769	EXERCÍCIO
4	NOME		
7	GILMAR PEREIRA DOS SANTOS		
1			
0			
1			
3	CPF / CNPJ	PLACA	RR
3	773.414.309-15	NJL 4249	
6	PLACA ANT / UF	CHASSI	
7		9U2KD0550CR603255	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.		ALCO/GASOL.	
MARA/ MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 Bros ES		2012	2012
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0149DC/		PARTICU	PRETA
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS
I	*PAGO*	*PAGO*	1º *
P			2º *
V	FAIXA LPVA	PARCELAMENTO / COTAS	3º *
A	** PAGO COTA UNICA **		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
R\$0,32		R\$0,58	00/10/2012
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A MAZ CCID *			
BOA VISTA GO Gomes Brasil Diretor-Presidente DETAN-RR		DATA 19/10/2012	



REPUBLICA FEDERATIVA DO
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANS.
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR		Nº 014247002151	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
4	VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.
0	01	00472501769	EXERCÍCIO
4	NOME		
7	GILMAR PEREIRA DOS SANTOS		
1			
0			
1			
3	CPF / CNPJ	PLACA	RR
3	773.414.309-15	NJL 4249	
6	PLACA ANT / UF	CHASSI	
7		9U2KD0550CR603255	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.		ALCO/GASOL.	
MARA/ MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 Bros ES		2012	2012
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0149DC/		PARTICU	PRETA
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS
I	*PAGO*	*PAGO*	1º *
P			2º *
V	FAIXA LPVA	PARCELAMENTO / COTAS	3º *
A	** PAGO COTA UNICA **		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
R\$0,32		R\$0,58	00/10/2012
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A MAZ CCID *			
BOA VISTA GO Gomes Brasil Diretor-Presidente DETAN-RR		DATA 19/10/2012	



REPUBLICA FEDERATIVA DO
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANS.
CARTERA NACIONAL DE HABILITAC.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028996 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO EM OMBRO DIREITO

Descrição do exame físico: OMBRO DIREITO: CREPITAÇÃO ARTICULAR COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO

Resultados terapêuticos: VITIMA INICIALMENTE FOI ATENDIDO E NÃO FOI OBSERVADO FRATURA, DEVIDO TER AGRAVADO O QUADRO CLÍNICO PROCUROU ORTOPEDISTA E FOI DIAGNOSTICADO COM LESÃO EM TENDÃO DO SUPRAESPINHOSO ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ,SINISTRO ANTERIOR,2014078384, EM 50 % DO OMBRO DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.

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 intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200028996
Nome do(a) Examinado(a): Gilmar Pereira dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua João Arthur de Lima, 242
Alvorada Boa Vista RR CEP: 69317-196
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PR] 58961825
Data local do acidente: [30/06/2019]
Data local do exame: [30/01/2020] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE CONTUSÃO EM OMBRO D

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

Tratamento: VITIMA INICIALMENTE FOI ATENDIDO E NÃO FOI OBSERVADO FRATURA, DEVIDO TER AGRAVADO O QUADRO CLÍNICO PROCUROU ORTOPEDISTA E FOI DIAGNOSTICADO COM LESÃO EM TENDÃO DO SUPRAESPINHO.
Complicações: OMBRO D: CREPITAÇÃO ARTICULAR COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO
Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

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

OMBRO D: CREPITAÇÃO ARTICULAR COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO

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

Sim Não

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

Sim Não

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

OMBRO D: CREPITAÇÃO ARTICULAR COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
CPF - 378.315.502-91
CRM/RR - 1032

Reboucas
Dra. Regina Claudia R. M. Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009405/20

Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 773.414.309-15

Data do acidente: 30/06/2019

Titular do CPF: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

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

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS : 773.414.309-15

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: 08/01/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

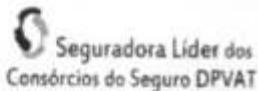
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
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-0024632/20

Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 773.414.309-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/06/2019

Titular do CPF: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS : 773.414.309-15

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: 17/01/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE Nome: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: AÇOUGUEIRO

Identidade: 58961825 SSP/RR CPF: 773.412.309-15

Endereço: Rua: JOÃO ARTHUR DE LIMA nº: 242 Bairro: ALVORADA

Cidade: BOA VISTA UF: RR CEP: 69.317-196

Vitima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 773.412.309-15 **Data do sinistro:** 30/06/2019

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.

Boa Vista RR 28/11/2019
Local e data



Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009405/20

Vítima: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 773.414.309-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/06/2019

Titular do CPF: GILMAR PEREIRA DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

GILMAR PEREIRA DOS SANTOS : 773.414.309-15

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: 08/01/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA