

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

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200012621

Vítima: MARLON MAGALHAES VIRGINIO

Data do Acidente: 25/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARLON MAGALHAES VIRGINIO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200012621

Vítima: MARLON MAGALHAES VIRGINIO

Data do Acidente: 25/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARLON MAGALHAES VIRGINIO

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

527.533.762-15

4 - Nome completo da vítima:

Marlon Magalhães Virginio

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

5 - Nome completo:

Marlon Magalhães Virginio

6 - CPF:

527.533.762-15

7 - Profissão:

Pedreiro

8 - Endereço:

RUA - AFONSO SANTOS PEREIRA

11 - Bairro:

Alvorada

12 - Cidade:

Bom Vista

15 - E-mail:

RECUSOU

9 - Número:

49

10 - Complemento:

RR

69.347-290

16 - Tel.(DDD):

51/98177-7634

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 00006400

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) 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 (val nascer)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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, 30/03/2020

Marlon Magalhães Virginio

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome:

CPF:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPC 001 1997/2019

TESTEMUNHAS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044902/2019

DADOS DO REGISTRO

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

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

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Alvorada
Logradouro: Ataíde Teive
Complemento: Cruzamento à Avenida Nazaré Filgueiras (ANTIGA S-04)
Ponto de Referência: Semáforo
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARLON MAGALHÃES VIRGINO (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

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

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 527.513.762-15
RG - Carteira de Identidade: 181748

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Afonso dos Santos Pereira Nº: 49
Complemento: Casa
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99119-5023 (Celular)

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

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Depositário, Proprietário,





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044902/2019

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

RELATO/HISTÓRICO

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

ASSINATURAS

COPIA AUTENTICA ORIGINAL

Jefferson Inácio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000905
Responsável pelo Atendimento

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

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu(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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044902/2019

DADOS DO REGISTRO

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

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

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Alvorada
Logradouro: Ataíde Teive
Complemento: Cruzamento à Avenida Nazaré Filgueiras (ANTIGA S-04)
Ponto de Referência: Semáforo
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARLON MAGALHÃES VIRGINO (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

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

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 527.513.762-15
RG - Carteira de Identidade: 181748

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Afonso dos Santos Pereira Nº: 49
Complemento: Casa
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99119-5023 (Celular)

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

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Depositário, Proprietário,





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044902/2019

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

RELATO/HISTÓRICO

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

ASSINATURAS

COPIA AUTENTICA ORIGINAL
Jefferson Inácio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000905
Responsável pelo Atendimento

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

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu(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."

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206** (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosângela Nunes Masullo inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marlon Magalhães Virginio inscrito (a) no CPF sob o Nº 527.513.762 / 55, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Marlon Magalhães Virginio, inscrito (a) no CPF sob o Nº 527.513.762 / 55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

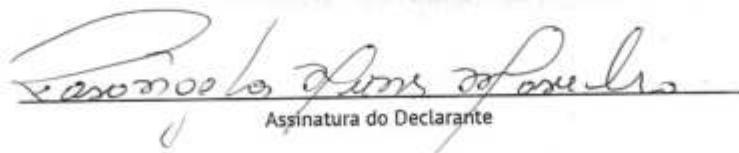
Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Av. Manoel Felipe</u>		<u>1467</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>ASABRANCA</u>	<u>BOA VISTA</u>	<u>RR</u>	<u>69.309-170</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>RONALD.MASULLO@HOTMAIL.COM</u>	<u>(35) 38122-7634</u>	<u>(35) 38-4307</u>	

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



Assinatura do Declarante



1 ^ª Classificação	Reclassificação
VERDE	<input type="checkbox"/> Vermelho
	<input type="checkbox"/> Laranja
	<input type="checkbox"/> Amarelo
	<input type="checkbox"/> Verde
	<input type="checkbox"/> Azul Ass.

Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.

Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.

Logotipo: Ano:
Código: 006526
CV6

1901089073	26/03/2019 07:29:19	FICHA DE ATENDIMENTO			CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19	7
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
MARLON MAGALHAES VIRGINIO		01/01/1980	39 A 2 M 25 D		52751376215	00079111		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE	181748	SSP/RR	01/08/1996	F	CASADO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe					Pai		Contato	
					NI		(95) 99119-5023	Ocupação
Endereço RUA - AFONSO DOS SANTOS PEREIRA - 49 - ALVORADA - BOA VISTA - RR								

Class. de Risco	Promo Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
VERDE	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Alend.	Procedência	Temp.	Peso
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA			36.50	120 x 80
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA				CASSIO.LIMA
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
DOR EM HEMITORAX E, APÓS ACIDENTE DE TRANSITO NA NOITE ANTERIOR					

Anamnese de Enfermagem NEGA HAS e DM	GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	TOTAL
---	---	-------

Anamnese (HORA DA CONSULTA - : h)
Paciente relata dor e taioxie após acidente motociclistico
atual

Exame Físico
BTE e COLE, AAA, varada, hirsutismo
AR - MVR - IBI - SRA

Hipótese Diagnóstica
Tumor cístico

SADT - Exames Complementares
 RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PREScrição	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
① Domiciliar 2g FE ✓ ② 10g FV em VO feito		
<i>Marcos Shimizu</i> CRM-RR 2044		
		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Horizonte Tel: (95) 2121-0520 AUTENTICAÇÃO 12 DEZ 2019 S. Henrique Certifico que a cópia é fiel ao original que foi apresentado neste Hospital

Conduta
 Alta por Decisão Médica Ambulatório
 Alta a Pedido Observação (Até 24h)
 Alta a Revelia Internação
 Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / / : : : :

Óbito
Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica / / : : :

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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



1901089073

26/03/19
09:52h

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

Paciente EOTE, recebeu receita para medicação.

Paciente sofreu acidente auto-motorístico no dia 25/03/19 às 23h, o raio-x foi realizado no dia 26/03

Dr. Claudio Luhares
Cirurgião Geral
CRM-RR 1417

as 08:20



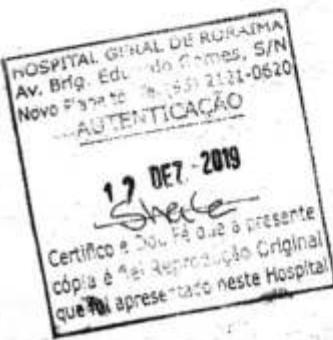
26/03/19
08:52h

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

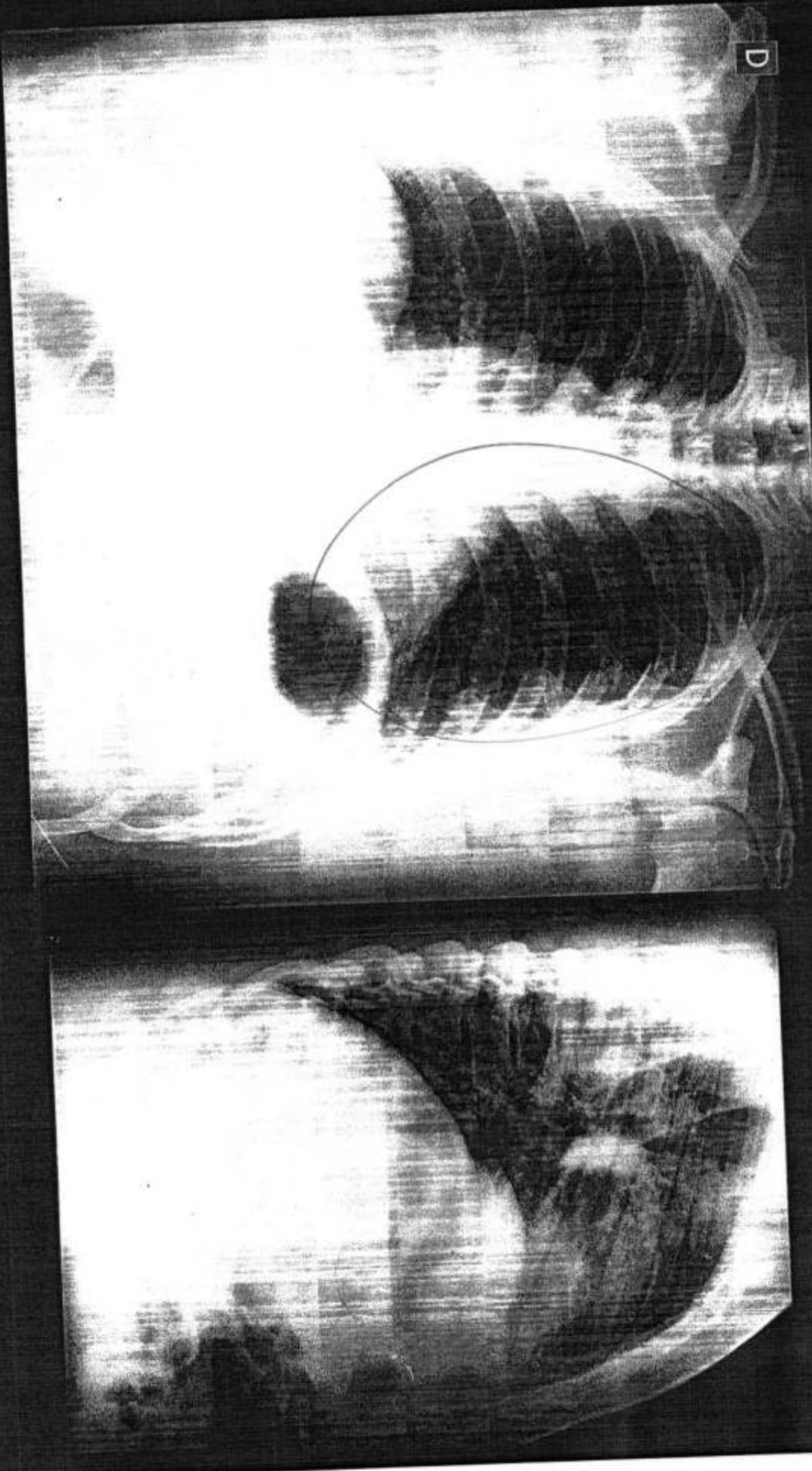
Paciente 20TE, recebeu recinto para medicamentos.

Paciente sofreu acidente auto-motociclistico no dia 25/03/19 às 23h. O raio-x foi realizado no dia 26/03/19 às 08:20h

Dr. Cláudia Líthares
Cirurgião Geral
CRM-RR 1417



D



37,2 %

MARLON MAGALHÃES VIRGINIA,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

26/3/2019 08:30:34

23,0 %

26/3/2019 08:30:34

REGISTRO GENRAL	VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
181748	181748
NOME	MARLON MAGALHÃES VIRGINIO
FILIAÇÃO	NASCIMENTO
	NELY MAGALHÃES VIRGINIO
	NATURALIDADE
	ALTO ALEGRE - RR
	DOC. CRÍGUEI
	CERTID. CAS 7118 FLS 218 LIV 8-24
	2 OF BOA VISTA - RR
	CERT.
	527.513.762-15
	2ª VIA
	AMADEU ROCHA TRIANI
	<small>Presidente da Fazenda Geral Oficial de Registro</small>
	LEI Nº 7.116 DE 28/08/83
PROIBIDO PLASTIFICAR	



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO
TERRITÓRIO NACIONAL

860356320

NAME: ROSANGELA NUNES MASULLO

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF: 208734 SESP RR

CPF: 321.801.442-53 DATA NASCIMENTO: 01/05/1972

MULHER: GENNARO MASULLO

RODRIKIA SERRAO NUNES

PERMISSÃO: PERMISSÃO ACC: CAT/AB: AB

Nº REGISTRO: 06050025726 VALIDEZ: 22/04/2015 1ª HABILITAÇÃO: 22/04/2014

OBSERVAÇÕES:

Rosangela Nunes Masullo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO: 23/04/2014

*Juliana Gomes Serrão
Assinatura do Portador
SETRAN RR*

ASSINATURA DO EMISSOR

DETTRAN RR (RORAIMA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

860356320

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PG. 1 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011362/20

Vítima: MARLON MAGALHAES VIRGINIO

CPF: 527.513.762-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/03/2019

Titular do CPF: MARLON MAGALHAES
VIRGINIO

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

MARLON MAGALHAES VIRGINIO : 527.513.762-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE Nome: MARLON MAGALHÃES VIRGINIO

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADO

Profissão: PEDREIRO

Identidade: 181748 SSP/RR CPF: 527.513.762-15

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

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

Vitima: MARLON MAGALHÃES VIRGII

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

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

OUTORGADA

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão:

Identidade: 208.734 CPF: 321.801.442-53

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

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a **SUSEP**, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT.

16/12/19
Local e data



marlon magalhães virginio
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011362/20

Vítima: MARLON MAGALHAES VIRGINIO

CPF: 527.513.762-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/03/2019

Titular do CPF: MARLON MAGALHAES VIRGINIO

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

MARLON MAGALHAES VIRGINIO : 527.513.762-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA