
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

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

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 - AFRONSO SANTOS PEREIRA 9 - Número: 49 10 - Complemento:

11 - Bairro: ALVORADA 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.374-290

15 - E-mail: RECUSOU 16 - Tel.(DDD): 95/98122-7634

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:

☒ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00006400 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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, RR 06/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

Bairro: Alvorada

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,



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
 Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
 Data de Impressão: 16/12/2019 08:48
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

CPF/CNPJ do Proprietário 026.415.972-17

Renavam 00792874560

Número do Chassi 9C2HA07103R013252

Cor AZUL

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/C100 BIZ ES

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAN-6080

Número do Motor HA07E13013252

Ano/Modelo Fabricação 2003/2002

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ ES

Veículo Adulterado? Não

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

Jefferson Inácio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000905
Responsável pelo Atendimento

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

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del originou, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação 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)
 Logradouro: Ataíde Teive
 Complemento: Cruzamento à Avenida Nazaré Filgueiras (ANTIGA S-04)
 Ponto de Referência: Semáforo
 Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Alvorada

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 Virgínio

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,



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
 Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
 Data de Impressão: 16/12/2019 08:48
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

CPF/CNPJ do Proprietário 026.415.972-17

Renavam 00792874560

Número do Chassi 9C2HA07103R013252

Cor AZUL

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/C100 BIZ ES

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAN-6080

Número do Motor HA07E13013252

Ano/Modelo Fabricação 2003/2002

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ ES

Veículo Adulterado? Não

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

Jefferson Inácio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000905
Responsável pelo Atendimento

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

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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

2 - Nº do SHIP ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

524513.762-15

MARLON MAGALHÃES VIRGINIO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUS/SP Nº 415/2012

5 - Nome completo:

MARLON MAGALHÃES VIRGINIO

6 - CPF:

527.513.762-15

7 - Profissão:

PEDEIREIRO

8 - Endereço:

RUA APOSSO SANTOS PEREIRA

9 - Número:

49

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ALVORADA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.312-230

15 - E-mail:

RECUSOU

16 - Telefone:

(31) 98802-2634

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\$2.500,00 ATE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 ATE 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 (Exclui-se a Conta Poupança Atividade Profissional)

☐ CONTA CORRENTE (Exclui-se a Conta)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3306

CONTA: 00006400

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe o código se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o código se existir)

Autorizo a seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, por meio do titular/porte, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que me 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 não apresentei/forneço a caracterizar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) por ocasião do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), ou seja que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realizou perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 50 (noventa) dias do pedido.

Solicito e asseguro, perante a Justiça do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por morte ou invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, como parte integrante da análise médica pericial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, a quem, no momento, não tenho a disposição no art. 6.194/74.

Declaro que esta minha declaração não se aplica à futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

24 - Grau da Parentesco com a vítima:

25 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

27 - Vítima deixou filhos?

☐ Sim ☐ Não

28 - Se tem filhos, informar:

Vivos: ☐ Falecidos:

29 - Vítima deixou irmãos?

☐ Sim ☐ Não

30 - Se tem irmãos, informar:

Vivos: ☐ Falecidos:

31 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tem pais/avós, informar:

Pais/avós vivos: ☐ Pais/avós falecidos: ☐ Não

Esposo(a) de quem a Seguradora LIDER pagar, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte ou pelos Beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando o(a) vivo(a), ou que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

35 - Nome legal de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legal de quem assina a pedido (a rogo):

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

TESTEMUNHAS



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0071108-0

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 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 Impostos autorizada pelo SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal 4178584

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE, foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003 - CAM*

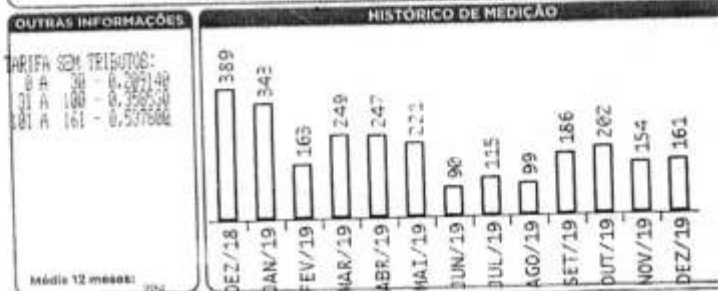
CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	28/12/2019	161	118,70

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

CPF: 00052751376215

DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 141,57	Atual: 141,57	Grupo/Subgrupo: 1-4-1-2
Anterior: 0,00	Anterior: 0,00	Classe/Subclasse: RESID. B.C. REND.
Dias de consumo: 32	Próxima leitura: 0,00	Utição: 141,57
Constante de Multiplicação: 1,00	Emissão: 0,00	Número Medidor: 141,57
Consumo medido: 141,57	Apresentação: 141,57	Forma de Faturamento: normal
Consumo Faturado: 141,57		Modalidade: M 142490

DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
CONSUMO	30 A R\$ 0,257335 = 7,72
	70 A R\$ 0,441151 = 30,88
	61 A R\$ 0,661732 = 40,36
	43,42
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	0,03
CORREÇÃO MONETÁRIA DA	1,05
CORREÇÃO MONETÁRIA IG	1,89
MULTA POR ATRASO DE I	0,36
JUROS DE MORA POR ATR	3,08
MULTA POR ATRASO 10/19-00	1,80
JUROS DE MORA DE IMPO	31,53
ILUMINAÇÃO PÚBLICA	



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 24/12/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA.

Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mês/Ano Valor R\$

11/2019 115,27

PRODUTOR RURAL: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO +2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019.

LIGUE 08007019120 E FAÇA SPCH VENCIMENTO 1 5 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO			
COMPOSIÇÃO DA CONTA 118,70 - R\$			
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA VALOR
Distribuição: 42,14	Tributos: 2,43	ICMS:	17,00% 13,42
Transmissão: 10,00	14,77	PIS:	0,00% 0,00
		COFINS:	0,00% 0,00
			1,42
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC			DMC
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
9,24	18,49	36,99	8,46
10,92	33,84	4,99	
Limite			
4,35	2,00	2,43	
Conjunta: LORESTA	Período de apuração: 10/2019		LCSD: 06,27

ROT: 30.001.21.06.052200



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

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0071108-0	118,70
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
12/2019	28/12/2019
Nº da Nota Fiscal: 4178584	FCAM*

83640000001 1 18700075000 5 000000000071 1 10801219008 9



C.N.J. 05.538.477/0001-18
CATEGORIA ESTADUAL: 20.955.426-3
RUA MELVYN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 88.385-410

0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula:

1041355

Agosto/2019

Endereço para entrega:

Dados do Cliente:

ROSARIA GERRAO NUNES

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

Inscrição

Rota

Seq. Rota

Quantidade de Economias

1041355

102.0281.004

Data de Instalação

3456

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

ULTIMOS CONSUMOS

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

MEDIA 1

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M

AMOSTRA	CLORO	TURBID. (NTU)	COR	C. TOTAL (mg/L)	S. COL. (mg/L)
EXIGUIDA	100	100	100	100	100
ANALISADA	200	200	200	200	200
CONFORME	200	200	200	200	200

CONSUMO TOTAL (R\$)

DESCRIÇÃO

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

1 M3

23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

0,49

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO: 15/09/2019

24,32

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



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

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



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

Via do Cliente

Via do CAER

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/BIBLIOTECASWEB/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 nº 9.613/98.

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 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARLON MAGALHÃES VIRGINIO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 527.513.762 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>AV: MANOEL FELIPE</u>		Número <u>1467</u>	Complemento
Bairro <u>ASA BRANCA</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-170</u>
Email <u>TANZO MASULLO@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>85138122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>85158-4307</u>

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

Rosângela Nunes Masullo
Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação
VERDE

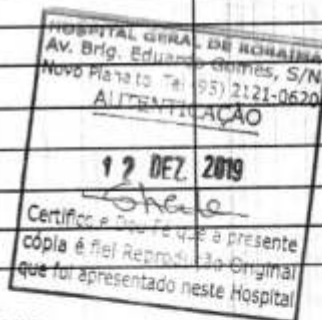
Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Ligação
CORDEIRO 986-533
UVG

FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19		7
1901089073	26/03/2019 07:29:19	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
Paciente		01/01/1980	39 A 2 M 25 D		52751376215	00079111
MARLON MAGALHAES VIRGINIO						
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	181748	SSP/RR	01/08/1996	F	CASADO(A)	PARDA
Mãe						
NELY MAGALHAES VIRGILIO						
Endereço						
RUA - AFONSO DOS SANTOS PEREIRA - 49 - ALVORADA - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
VERDE	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA			36.50		120 x 80
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.				
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA					
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
DOR EM HEMITORAX E, APÓS ACIDENTE DE TRANSITO NA NOITE ANTERIOR						
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL	
NEGA HAS e DM				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		
Anamnese (HORA DA CONSULTA - :h)						
paciente relata dor a torax após acidente motor						
Exame Físico						
BTE, CORE, AAA, sacada, hipoacusia						
AR - MV - bil SPA						
Hipótese Diagnóstica						
trauma torácico						
SADT - Exames Complementares						
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
1) Dexametasona 2g EV 2) Fentanil 40mcg EV em 100 ml						
Marcos Shimil Médico CRM-RR 204						
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:				<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :		
óbito						
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico		
Impresso por: ronilson						
Data Hora: 26/03/2019 07:36:05						
0-2019 07/03/19 - 08/03/19 09-10/03/19 11-12/03/19				1901089073		



26/03/19
09:42h

Paciente realizou raio x que evidenciou presença de arcos costais. Apresenta-se BEG, eufônico, 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 LOTE, recebe receita para medicação

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

Dr. Claudio Lishares
Chefe de Serviço
CRM-RR 1417



26/03/19
09:42h

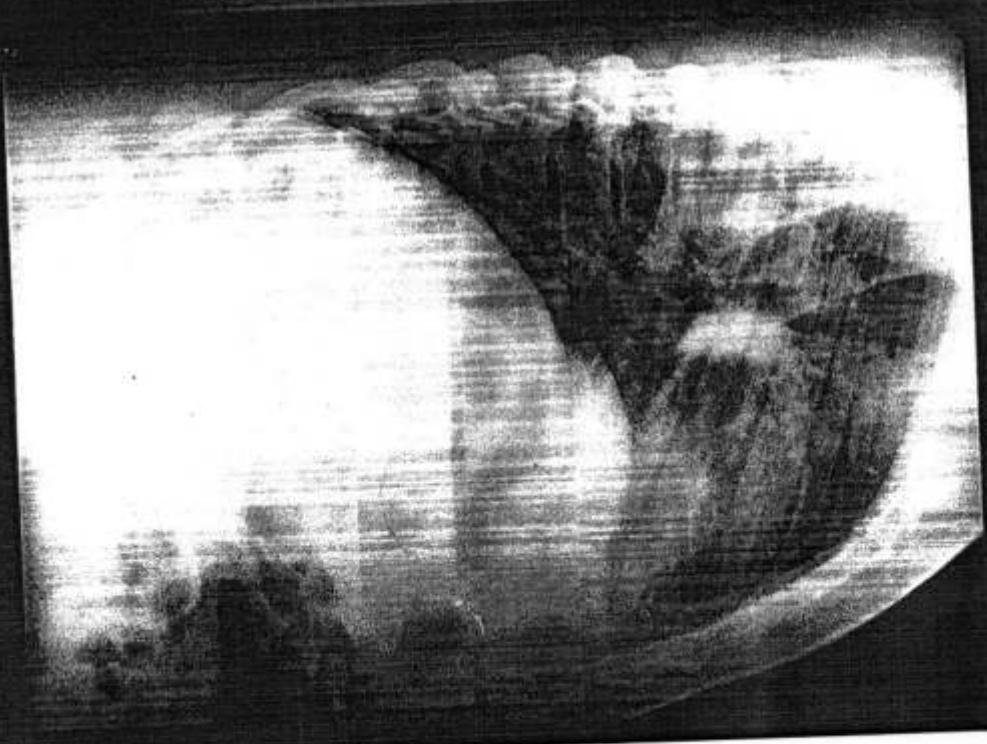
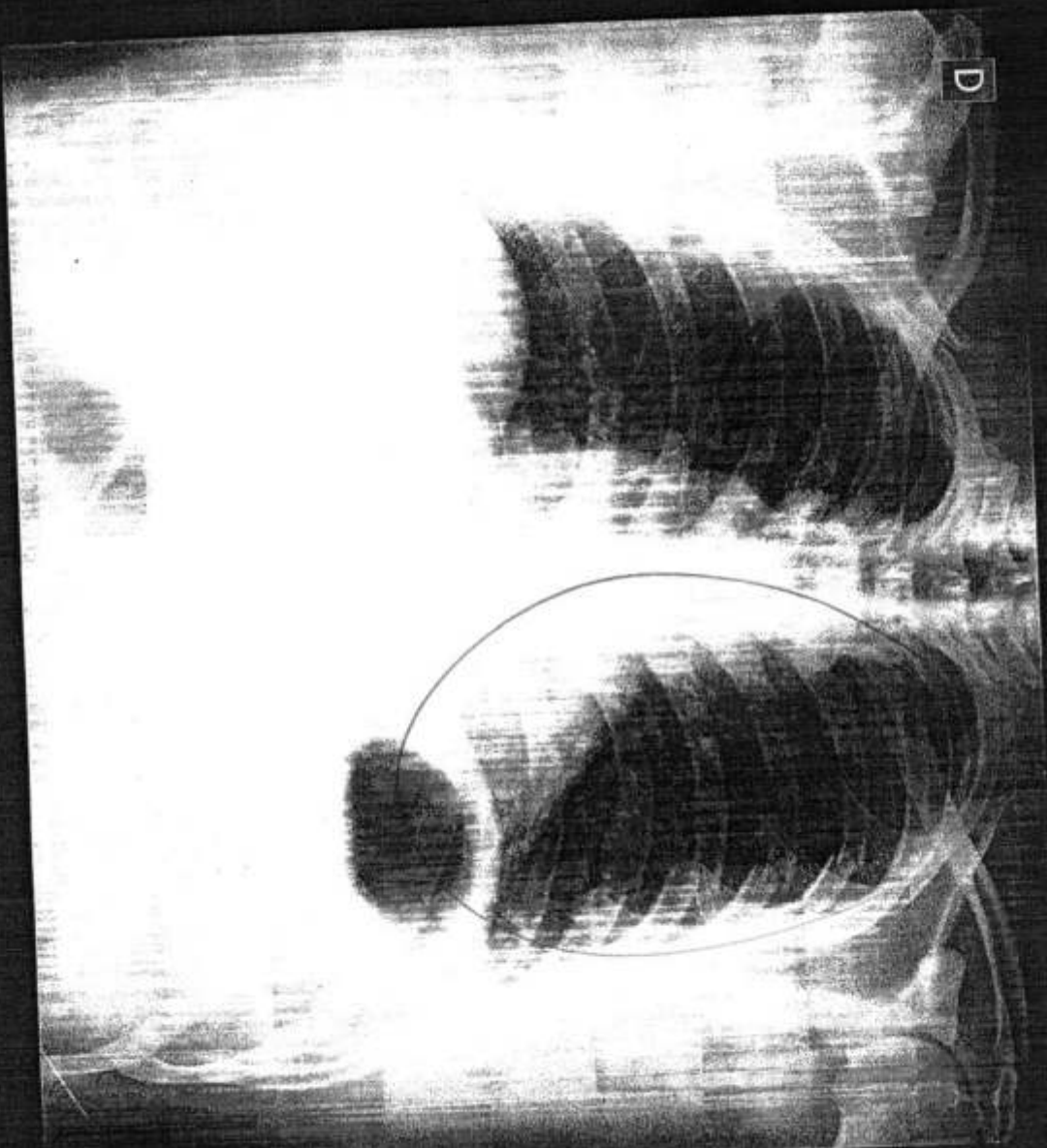
Paciente realizou raios x que evidenciou fratura de arcos costais. Apresenta-se BEG, eufônico, MV⁺, sem sinais de hemotórax e pneumotórax estável hemodinamicamente. Paciente recebe alta para observação domiciliar, foi orientado a retornar ao hospital caso sinais de dificuldade respiratória ou instabilidade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

Paciente LOTE, recebe receita para medicação.

Paciente sofreu acidente auto motórico no dia 25/03/19 às 21h. O raios x foi realizado no dia 26/03/19 às 08:20h.

Dr. Claudio Linhares
Clínica Geral
CRM-RR-1417





37.2 %

26/3/2019 08:30:34

28.0 %

26/3/2019 08:30:34

MARLON MAGALHAES VIRGINIA,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ




Polgar Direito



Marlon M. Virginio

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **181748**

DATA DE EXPIRAÇÃO **23/03/2019**

NOME **MARLON MAGALHÃES VIRGINIO**

FILIAÇÃO **NELY MAGALHÃES VIRGINIO**

NATURALIDADE **ALTO ALEGRE - RR**

DOC. ORIGEM **CERTD CAS 7118 FLS 218 LIV B-24**

CH **2 OF BOA VISTA - RR**

DATA DE NASCIMENTO **01/01/1980**

527.513.762-15

2ª VIA

ANADEU ROCHA TRIANI
Poder Judiciário do Estado de Roraima
Secretaria de Registro

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

<p>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</p> <p>MINISTÉRIO DAS CIDADES</p> <p>DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO</p> <p>CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO</p>			
<p>VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL</p> <p>860356320</p>	<p>NOME</p> <p>ROSANGELA NUNES MASULLO</p>		
	<p>DOC IDENTIDADE / ORG EMISSORA</p> <p>208734 SESP RJ</p>		
	<p>CPF</p> <p>321.801.442-53</p>	<p>DATA NASCIMENTO</p> <p>01/05/1972</p>	
	<p>PLAÇÃO</p> <p>GENNARO MASULLO</p>		
<p>PROIBIDO PLASTIFICAR</p> <p>860356320</p>	<p>ROSARIA SERRAO NUNES</p>		
	<p>PERMISSÃO</p> <p>PERMISSÃO</p>	<p>ACC</p> <p>ACC</p>	<p>CAT. HAB</p> <p>AB</p>
	<p>RF REGISTRO</p> <p>06050025726</p>	<p>VALIDADE</p> <p>22/04/2015</p>	<p>1ª HABILITAÇÃO</p> <p>22/04/2014</p>
	<p>OBSERVAÇÕES</p>		
<p><i>Rosangela Nunes Masullo</i></p> <p>ASSINATURA DO PORTADOR</p>			
<p>PROIBIDO PLASTIFICAR</p> <p>860356320</p>	<p>LOCAL</p> <p>BOA VISTA - RORAIMA</p>		<p>DATA DE EMISSÃO</p> <p>23/04/2014</p>
	<p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Engenheiro Cezar Santos</p> <p>Secretário Presidente</p> <p>DETRAN RJ</p>		<p>01490231461</p> <p>RJ207247390</p>
	<p>SUBSCRIÇÃO DO DESENHO</p>		
	<p>DETRAN RJ - RORAIMA</p>		

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

Data do acidente: 25/03/2019

CPF de: Próprio

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

ROSANGELA NUNES MASULLO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Vítima: MARLON MAGALHÃES VIRGILIO

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

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

OUTORGADA

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão:

Identidade: 208.734 CPF: 321.801.442-53

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

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

Local e data

26/12/19

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

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 25/03/2019

Titular do CPF: MARLON MAGALHAES VIRGINIO

CPF de: Próprio

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