

**Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima**[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

**Operação realizada com sucesso. Protocolo:**  
**2953602920210115161308**

**Processo 0832386-09.2020.8.23.0010**  - (27 dia(s) em tramitação)**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 9597 - Seguro**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Realces</b> 					
<b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b> 					
	<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor				
	<b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/>				
	<b>Descrição:</b> <input type="text"/>				
6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6					
<b>Seq.</b>	<b>Data</b>		<b>Evento</b>	<b>Movimentado Por</b>	
[+]	6 15/01/2021 16:13:08		<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
			6.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2778349CONTESTACAO03.pdf Público
			6.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2778349CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
			6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KIT SEGURADORA LDER.pdf Público
5	19/12/2020 11:42:17		<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ	
4	19/12/2020 11:42:17		<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ	
3	19/12/2020 11:42:17		<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ	
2	19/12/2020 11:42:17		<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 2ª Vara Cível	SISTEMA CNJ	
[+]	1 19/12/2020 11:42:17		<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	JOSE HILTON DOS SANTOS VASCONCELOS Advogado	



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 04 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190675846**

**Vítima: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL**

**Data do Acidente: 10/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190675846

Vítima: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

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

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15190370



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190675846

Vítima: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

Data do Acidente: 10/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 9.450,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

Valor: R\$ 9.450,00

Banco: 237

Agência: 000002084-2

Conta: 0000018563-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).





## 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:

707.294.232-71

4 - Nome completo da vítima:

MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

6 - CPF:

707.294.232-71

7 - Profissão:

DO LAR

8 - Endereço:

AU: ABEL MONTEIRO Reis

9 - Número:

970

10 - Complemento:

11 - Bairro:

PINTOLANDIA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

ROR

14 - CEP:

69.336-758

16 - Tel.(DDD):

085-38122-7634

15 - E-mail:

Reuson

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:

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

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

### 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE 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 (velho nascido)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

pais/avós vivos?

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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data: BOA VISTA/RR 27/09/2019

Maria Leonor Materan Graterol

Rosane Lider

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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

#### DADOS DO REGISTRO DA OCORRÊNCIA

<b>BOLETIM N° 0381/2019</b>	<b>DELEGADO:</b> <i>Fernando Alves da Cruz</i>
<b>DATA:</b> 29-04-2019	<b>ATENDENTE:</b> <i>Gilmar de Oliveira Lima</i>
<b>HORA:</b> 11h50min.	<b>LOCAL, DATA E HORA:</b> Vicinal 22, km 18, São Luiz – RR, em 10-04-19, por volta das 20h00min.

## DADOS DO COMUNICANTE

NOME: PM de São Luiz – RR  
END: XXXXXXXXXX

**DADOS DA VITIMA 01**

**DADOS DA VITIMA**

NOME: Rubeneson de Nascimento Ribeiro RG: 303.240-0/RR CPF: pj  
END: Vicinal 22, km 20, São Luiz - RR.

FILIAÇÃO: Raimundo Ernesto Ribeiro / Maria Antônia de Nascimento Ribeiro

GRAU DE INST: pj APELIDO: Robenilson

COR/IDADE: Parda, 31 anos PROFISSAO: Agricultor

DATA DE NASCIMENTO: 26-07-1987 FONE: (95)98803-4184 (mãe)

NATURALIDADE: Imperatriz - MA CNPJ:

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

14 JUN 2010

**GENTE SEGURADORA S/A**

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

## DADOS DA INFRAÇÃO

CÓD. INFR.	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO A TIPIFICAR
------------	----------	-----------------------------

**BREVE RELATO DOS FATOS:** Através do ROP PM nº SL100419 foi comunicado um acidente de trânsito ocorrido na VIC. 22, KM 18, município de São Luiz -RR, envolvendo duas motocicletas, tendo como vítima fatal o Sr. **RUBENESON DE NASCIMENTO RIBEIRO**; QUE o veículo pilotado pela vítima era uma motocicleta **HONDA NXR160 BROSESD** ANO/FAB 2016/2016, PLACA PHI-1257, CHASSI 9C2KDO810GR466582, DE COR BRANCA, sendo propriedade da vítima; QUE o veículo em que a vítima pilotava sofreu uma colisão frontal com outra motocicleta; QUE as equipes de Perícia e IML foram acionadas através da central C1OPS, onde efetuaram perícia e remoção do corpo. É o breve relato.

maria antonia das ramos eimento ribeiro  
**COMUNICANTE**

## APENDENTE

**AVISO: I – SOLICITAMOS QUE CASO OBTENHA NOVAS INFORMAÇÕES QUE AJUDEM NAS INVESTIGAÇÕES  
COMPARECA A ESTA DELEGACIA:**

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

RESERVADO PARA DESPACHO DA AUTORIDADE POLICIAL

- Fato Atípico (Arquivar);  Intimar comunicante;  Aguardar audiência agendada;  
 OM ao SO, relatório em \_\_\_\_ dias – APC \_\_\_\_\_;  Aguardar novos fatos ou representação;  
 Outra(s) providênci(a)s: \_\_\_\_\_  
 Elabore-se artigo(s).

Delegado(a) de Polícia Civil



## RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - ROP

PM

Nº SL100419

RR

DATA	ÁREA DE SINISTROS - DDMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	VTR	KILOMETRAGEM		HORÁRIO		CÓDIGOS			
			Início	Final	Início	Final	Ocorrência	Providência	S. Prestados	
15/01/2019	6º CIPM	São Luiz	115	70901	70962	19:15	05:49	1001;1003;1005	13023; 13999	-

14 JUN 2019

### LOCAL DA OCORRÊNCIA

Vicinal 22	Nº KM 18	Bairro	Zona Rural	Raf.

### PESSOAS RELACIONADAS

GENTE SEGURADORA	Rubeneson de Nascimento Ribeiro	Idade	31	Estado Civil	União Estável
Cidade São Luiz	UF RR				
Vicinal 22, KM 20	Nº S/N	Bairro	Zona Rural	Cidade	São Luiz
Agricultor	RG 303240-0	SSP RR	CPF	Não portava	CNH Não possui
Envolvida	Maria Leonor Mataran Graterol	Idade	39	Estado Civil	União Estável
Vicinal 22, KM 20	Nº S/N	Bairro	Zona Rural	Cidade	São Luiz
Do lar	RG	Não possui- Venezuelana	SSP	CPF	Não portava
Vítima	Clodonilson Rodrigues de Araújo	Idade	17	Estado Civil	Solteiro
Vicinal 22, KM 21	Nº S/N	Bairro	Zona Rural	Cidade	São Luiz
Estudante	RG 534702-5	SSP	CPF	Não portava	CNH Não possui
Envolvido	Pedro Daniel da Silva Rodrigues	Idade	14	ESTADO CIVIL	Solteiro
Vicinal 22, KM 21	Nº S/N	Bairro	Zona Rural	Cidade	São Luiz
Estudante	RG	Não portava	SSP	CPF	CNH

### ARMAS, OBJETOS E VALORES RELACIONADOS.

01 motocicleta HONDA BROS 160 PLACA PHI1257;

01 motocicleta HONDA TITAN 150 PLACA NAP0890.

### HISTÓRICO

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

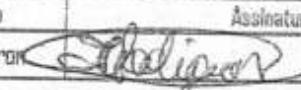
Segundo alguns familiares da vítima item 01 e outros populares, a vítima 01, conduzia a motocicleta HONDA BROS 160 PLACA PHI1257, sentido BR210 a dentro da vicinal 22, colidindo frontalmente com a motocicleta HONDA TITAN150 PLACA NAP0890, conduzida pela vítima 03 que seguia no sentido oposto da motocicleta, que a vítima 03 teve óbito confirmado no hospital de São Luiz.

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

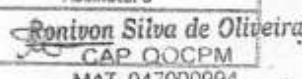
Em tempo: estavam na HONDA BROS os itens 01 e 02 e na HONDA TITAN os itens 03 e 04 e que os itens 02 e 04 estavam gravemente feridos e as referidas motocicletas apresentadas a esta DEPOL, estão intactas avariadas em virtude do acidente de trânsito.

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

### RELATOR

Nome Completo	Matrícula	Lotação	Assinatura
FRANCISCO RONALD OLIVEIRA RODRIGUES	47000926	6º CIPM	

### RECEBIMENTO

Horário	Nome Completo	Matrícula	Função	Assinatura
11/19 08:36	Alfonso Geraldo P. Pontejo	42000427	4-P	 Ronivon Silva de Oliveira CAP QOCPM MAT 047000994

Confere com o original

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.450,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02084-2

CONTA: 000000018563-9

---

Nr. Autenticação

BRADESCO18122019050000000002370208400000018563945000 PAGO





## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 321.806.442 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Leonor MATERAN GRATEROL inscrito (a) no CPF sob o Nº 707.294.232 / 73, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Maria Leonor MATERAN GRATEROL, inscrito (a) no CPF sob o Nº 707.294.232 / 73, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Av. Manoel Felipe</u>		<u>367</u>	
<u>ASA BRANCA</u>	<u>BOA VISTA</u>	<u>RR</u>	<u>69.308-370</u>
<u>canzomasullo@hotmail.com</u>	<u>Telefone comercial(DDD)</u> <u>(95) 98122-7634</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u> <u>99158-4307</u>	

BOA VISTA/RR, 27 de NOVEMBRO de 2019

Local e Data

Rosângela Nunes Masullo

Assinatura do Declarante





Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJV5C 48WFY EDYVH 94ZU3



BENHURH

CONTAN

VÁLID

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETAN - RR** **Nº 013746484218**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
01	01090844600		2017
NOME: REBENSON DE NASCIMENTO RIBEIRO			
CREF/CNPJ		PLACA	
006.205.432-36		PHI1257	
PLACA ANT/UF	CHASSI		
PHI1257 AM	9C2KD0810GR466582		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/FOTO/VEICLET/NAO APLIC.	ALCO/GASOL		
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/NXR160 BRUS ESDD	2016	2016	
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/0162,0	PARTICU	BRANCA	
I P V A	VENC. COTA UNICA	VENO/COTAS	
FAIXA I.P.V.A.	*****	1º *PAGO*	
XX DUITADU *	PARCELAMENTO/COTAS	2º *PAGO*	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
			PG OUT UF
OBSERVAÇÕES			
SER. RESERVA DE DOMÍNIO *			
<i>Antonio Francisco Beserra Marques</i>			
Diretor Presidente			
DETAN-RR			
DATA 19/02/2018			

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA APRESENTADAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

**RR Nº 013746484218 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2017	19/02/2017	
VIA	CREF / CNPJ	PLACA
01	006.205.432-36	PHI1257
RENAVAM		MARCA / MODELO
01090844600		HONDA/NXR160 BRUS ESDD
ANO FAB.	CAT. TIP.	NO CHASSI
2016	9	9C2KD0810GR466582
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO
DATA DE OBTAGÃO		
PD OUT UF		

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.608/0001-04  
4417863-00-00  
JUL-2017

Documentos assinados digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/- Identificador: PJV5C 48WFY EDYVH 94ZU3



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

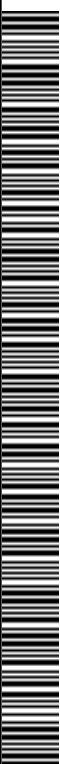
**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE Nome: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

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

Identidade: 08485.029251/2017-39 SSP/RR CPF: 707.294.232-71

Endereço: Rua: Abel Monteiro Reis nº: 970 Bairro: PINTOLANDIA

Cidade: BOA VISTA UF: RR CEP: 69.346-758

Vitima: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

CPF: 707.294.232-71 Data do sinistro: 13/04/2019

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 26/11/2019

Local e data

Maria Leonor Materan Graterol

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



## RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431891/19

**Vítima:** MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

**CPF:** 707.294.232-71

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/04/2019

**Titular do CPF:** MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

#### MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL : 707.294.232-71

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
ROSANGELA NUNES MASULLO

\_\_\_\_\_  
GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431891/19

Número do Sinistro: 3190675846

Vítima: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

CPF: 707.294.232-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/04/2019

Titular do CPF: MARIA LEONOR MATERAN  
GRATEROL

Seguradora: SINAf PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
ROSANGELA NUNES MASULLO

\_\_\_\_\_  
GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA