

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

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 6	15/01/2021 16:13:08	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	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	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	19/12/2020 11:42:17	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	19/12/2020 11:42:17	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
		Registro de Distribuição	
2	19/12/2020 11:42:17	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ
		2ª Vara Cível	
<div>[+]</div> 1	19/12/2020 11:42:17	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	JOSE HILTON DOS SANTOS VASCONCELOS Advogado



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, 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:

Boletim de ocorrência	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

Carta nº 15187922

Pag. 01285/01286 - carta_03 - INVALIDEZ





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, 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. 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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





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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL
7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: AV: ABEL MONTEIRO REIS 6 - CPF: 707.294.232-71
11 - Bairro: PINTOLANDIA 12 - Cidade: BOA VISTA 9 - Número: 970 10 - Complemento:
15 - E-mail: RECUSOU 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 68.336-758
16 - Tel.(DDD): 085-381227634

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

AGÊNCIA: 2084 CONTA: 0038563 9
(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) ☐ Divorçado ☐ 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 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 - Assinatura 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/RJ 27/09/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM Nº 0381/2019	DELEGADO: <i>Fernando Alves da Cruz</i>
DATA: 29-04-2019	ATENDENTE: <i>Gilmar de Oliveira Lima</i>
HORA: 11h50min.	LOCAL, DATA E HORA: 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: XXXXXXXXX

DADOS DA VITIMA 01

NOME: Rubeson 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:	



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 BROSESDD ANO/FAB 2016/2016, PLACA PHI-1257, CHASSÍ 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 CIOPS, onde efetuaram perícia e remoção do corpo. É o breve relato.

Maria Antônia de Nascimento Ribeiro
COMUNICANTE

[Assinatura]
ATENDENTE

AVISO: 1 – SOLICITAMOS QUE CASO OBTENHA NOVAS INFORMAÇÕES QUE AJUDEM NAS INVESTIGAÇÕES COMPAREÇA A ESTA DELEGACIA;

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

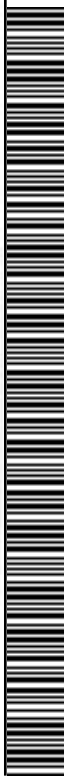
RESERVADO PARA DESPACHO DA AUTORIDADE POLICIAL

- ☐ Fato Atípico (Arquivar); ☐ Intimar comunicante; ☐ Aguardar audiência agendada;
☐ OM ao SO, relatório em ____ dias – APC; ☐ Aguardar novos fatos ou representação;
☐ Outra(s) providência(s): _____
☐ Elabore-se ____ art(s). _____

Delegado(a) de Polícia Civil

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - ROP											
P M			Nº SL100419					RR			
ÁREA DE SINISTROS - DMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			VTR	KILOMETRAGEM		HORÁRIO		CÓDIGOS			
				Inicial	Final	Inicial	Final	Ocorrência	Providência	S. Prestados	
04/2019 6ª CIPM São Luiz			115	70901	70962	19:15	05:49	1001:1003:1005	13023: 13999	---	
14 JUN 2019			LOCAL DA OCORRÊNCIA								
Vizinal 22			Nº - KM 18		Bairro	Zona Rural		Ref.			
GENTE SEGURADORA S/A Cidade João Bezerra, 444 - Boa Vista - BR			PESSOAS RELACIONADAS								
End			Rubenilson de Nascimento Ribeiro			Idade	31	Estado Civil	(União Estável)		
Vizinal 22, KM 20			Nº	S/N	Bairro	Zona Rural		Cidade	São Luiz UF RR		
Profissão			RG	303240-0	SSP	RR	CPF	Não portava	CNH	Não possui Cat -	
Envolvida			Maria Leonor Materan Graterol			Idade	39	Estado Civil	União Estável		
End			Vizinal 22, KM 20			Nº	S/N	Bairro	Zona Rural		Cidade
Profissão			Do lar	RG	Não possui- Venezuelana	SSP	-	CPF	Não portava		CNH
Vítima			Clodonilson Rodrigues de Araújo			Idade	17	Estado Civil	Solteiro		
End			Vizinal 22, KM 21			Nº	S/N	Bairro	Zona Rural		Cidade
Profissão			Estudante	RG	534702-5	SSP	-	CPF	Não portava		CNH
Envolvido			Pedro Daniel da Silva Rodrigues			Idade	14	ESTADO CIVIL	Solteiro		
End			Vizinal 22, KM 21			Nº	S/N	Bairro	Zona Rural		Cidade
Profissão			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											
<p>Senhor delegado de polícia civil, fomos 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 no ereço 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 s 03 e 04 e que ainda de acordo com os socorristas o item 01 estava em óbito, que após a remoção dos itens e 04 também foi removida a item 02.</p> <p>Segundo alguns familiares da vítima item 01 e outros populares, a vítima 01, conduzia a motocicleta NDA BROS 160 PLACA PHI1257, sentido BR210 a dentro da vizinal 22, colidindo frontalmente com a ocicleta HONDA TITAN150 PLACA NAP0890, conduzida pela vítima 03 que seguia no sentido oposto da a motocicleta, que a vítima 03 teve óbito confirmado no hospital de São Luiz.</p> <p>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.</p> <p>Em tempo: estavam na HONDA BROS os itens 01 e 02 e na HONDA TITAN os itens 03 e 04 e que ens 02 e 04 estavam gravemente feridos e as referidas motocicletas apresentadas a esta DEPOL, estão ante avariadas em virtude do acidente de trânsito.</p> <p>Diante do exposto, apresento esse relatório policial militar e os materiais acima descritos para as las providencias cabíveis.</p>											
RELATOR											
Nome Completo			Matrícula			Lotação		Assinatura			
FRANCISCO RONALDO OLIVEIRA RODRIGUES			47000926			6ª CIPM					
RECEBIMENTO											
Data		Horário		Nome Completo		Matrícula		Função		Assinatura	
11/19		08:36		dsoni Gualdo P. Pereira		42000279		AP			
CAP QOCPM MAT 047000994											
Confere com o original											

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



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
BRADESCO1812201905000000000023702084000000018563945000 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 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 COAF**².

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 321.806.442 / 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 <u>AV: MANOEL FELIPE</u>		Número <u>3467</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>(99) 98122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>99158-4307</u>

BOA VISTA/RR, 27 de NOVEMBRO de 2019

Local e Data

Rosângela Nunes Masullo
Assinatura do Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
 VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 860356320	NOME ROSÂNGELA NUNES MASULLO
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 208734 SSP RR
	CPF 321.801.442-53
	DATA NASCIMENTO 01/05/1972
	FILIAÇÃO GENNARO MASULLO ROSARIA SERRAO NUNES
	PERMISSÃO PERMISSÃO
	ACC ACC
	CAT. HAB. AB
	Nº REGISTRO 06050025726
	VALIDADE 22/04/2015
	1ª HABILITAÇÃO 22/04/2014
OBSERVAÇÕES	
 ASSINATURA DO PORTADOR	
PROIBIDO PLASTIFICAR 860356320	LOCAL BOA VISTA - RORAIMA
	DATA DE EMISSÃO 23/04/2014
	01490231461 RR207247390
	ASSINATURA DO EMISSOR  DETRAN RR RORAIMA

DETRAN

DETRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013746484218

VIA 01 COD. RENAVAM 01090844600 RNTRC EXERCÍCIO 2017

NOME
RUBENS DE NASCIMENTO RIBEIRO

CPF/CNPJ 006.205.432-56 PLACA PHI1257

PLACA ANT/UF PH1257 AM CHASSI 9C2KD0810GR466582

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC. COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD ANO FAB 2016 ANO MOD 2016

CAP/POT/CIL 2P/31625L/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA UNICA ***** VENC. COTA UNICA ***** 1º VENC./COTAS *PAGO*

2º *PAGO* 3º *PAGO*

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS ** QUITADO **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO PG OUT UF

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
Antonio Francisco Beserra Marques
Diretor Presidente

RODRIGO DEDETRAN-RR DATA 19/02/2018

CPROB08

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO 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
SAC DPVAT 0800 022 1284

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 19/02/2018

VIA 01 COD. RENAVAM 01090844600 RNTRC EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 19/02/2018

PLACA PHI1257

MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD

CHASSI 9C2KD0810GR466582

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO PG OUT UF

COTA UNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

013746484218
441786308

JUL-2018

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
		Total	70 %	R\$ 9.450,00



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 ZEIS nº: 970 Bairro: PINTOLANDIA

Cidade: BOA VISTA UF: RR CEP: 68.346-758

Vítima: 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)



RECIBO 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 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 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

