



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, ADRIAN FREITAS PROFISSÃO: ESTUDANTE
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO, FONE: 99121-2546
E-MAIL: valente.freitas15@hotmail.com RG: 444643-7
SSP- RR e CPF: 031.919.252-01, RESIDENTE À
RUA: EXPERITO DE PAULA RODRIGUES Nº 492
BAIRRO: ALVARADA

, pelo presente instrumento procuratório, nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 20 de MARÇO de 2014.

Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: ADRIAN FREITAS

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: ESTUDANTE

RG N° 444643-7 SSP/RR CPF: 031.919.252-01

ENDEREÇO: EXPEDITO DE PAULA RODRIGUES 492
ALVORADA

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 20 de MARÇO de 2019.

Adrian Freitas



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO

SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS

REGISTRO CÍVIL Wagner Mendes Coelho TABELIÃO José Coelho de Souza Neto Substituto	TABELIONATO DO 2º OFÍCIO Wagner Mendes Coelho José Coelho de Souza Neto Substituto Boa Vista - Roraima
--	---

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no livro nº **A-82** de Registro de Nascimento, às folhas nº **17-F**, sob número **49647**, está Registrado o **assento** de **ADRIAN FREITAS**, do sexo **M**, Nascido(a) ~~em~~ **dez** de **fevereiro** de **dois** mil e um **(10.02.2001)** às **03** horas e **34** minutos, no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, em Boa Vista-RR filho(a) de **Valdete Freitas** avós maternos: ********* e dona **Odete Freitas**.

O Registro foi efetuado no dia **17** de **março** de **2004**.

Foi declarante: a mãe

Observação: **1ª** via

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista -RR, 17 de março de 2004.


REGISTRO CÍVIL
Wagner Mendes Coelho
José Coelho de Souza Neto
Substituto

Qualquer emenda ou rasura
tomará nula esta certidão

Eletrobras Distribuição Roraima		Para contato com a Eletrobras informe o NÚMERO		0049997-1	
Eletrobras Distribuição Roraima Av. Capitão Ezequiel Garcez, 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 Este documento é emitido e autorizado pela SEFAZ/RR		Nº da Nota Fiscal: 000369688		A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TGE6 foi criada pelo nº 10457 de 6 de abril de 2012.	
MARCO/2018		01/04/2018		162	
94,73					
VALDETE FREITAS R. ESPEDITO DE PAULA RODRIGUES 492 ALVORADA CPF 0009758423249 CEP: 69.317-263 - BOA VISTA					
ROT: 30.001.21.05.506550					
Atual:		18798		Atual:	
Anterior:		18636		08/03/2018	
Constante de Multiplicação:		1,000		Anterior:	
Consumo Médio:		162		07/02/2018	
Consumo Médio:		162		Lectura:	
		FCAN		08/04/2018	
				Emprego:	
				07/03/2018	
				04/01/2018	
Cheque/Boleto					
RESID. BA. RENDA		MOMO		2705945	
		M		1423725	
		4.4.1.1		163	
Consumo por unidade					
FEV/18		182		CONSUMO	
JAN/18		185		30 R\$ 0,186813 =	
DEZ/17		159		70 R\$ 0,337397 =	
NOV/17		157		62 R\$ 0,506101 =	
OUT/17		168		31,52	
SET/17		151		SUBVENÇÃO BAIXA REND.	
AGO/17		173		CORREÇÃO MONETARIA	
JUL/17		170		02/18-00	
JUN/17		141		Multa por atraso de	
MAI/17		167		02/18-00	
				Juros de mora por	
				02/18-00	
				Multa por atraso de	
				02/18-00	
				Juros de mora de	
				02/18-00	
				ILUMINAÇÃO PÚBLICA	
				31,46	
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
0 A 30 - R\$ 0,186813					
31 A 60 - R\$ 0,270190					
61 A 120 - R\$ 0,270190					
121 A 162 - R\$ 0,405290					
TAXA ADMINISTRATIVA E TAXA DE CANCELAMENTO 1 0 11 16 21 21					
Pendência: Até o dia 07/04/2018, não constam faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.					
RESERVADO AO FISCO 3ED4.B0FC.FBA4.0310.162.0C2F.3C2F.49C9					
Distribuição:		18,30		Custo da Célula:	
Energia:		29,26		60,88	
Previdência:		0,00		Imposto de Renda:	
Encargos:		1,21		17,00%	
Tributos:		12,11		Imposto de Renda:	
				10,34	
				Imposto de Renda:	
				0,33	
				Imposto de Renda:	
				1,44	



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 028382/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/07/2018 08:31 Data/Hora Fim: 13/07/2018 09:01
Origem: Polícia Judiciária Data: 13/07/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 24/03/2018 22:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Nazaré Figueiras (Antiga S-04)

Bairro: Dr. Silvio Botelho

Ponto de Referência: Em frente à Pizzaria Popeye
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALDETE FREITAS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - Itaituba Sexo: Feminino Nasc: 15/03/1985
Profissão: Do Lar Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Odete Freitas

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 314590-5
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 975.842.232-49

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Expedito de Paula Rodrigues
Complemento: Casa
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99121-2546 (Celular)

Nº: 492

Nome Civil: ADRIAN FREITAS (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 10/02/2001
Profissão: Estudante
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Valdete Freitas

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 444643-7
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 031.919.252-01

Endereço

Município: Boa Vista - RR



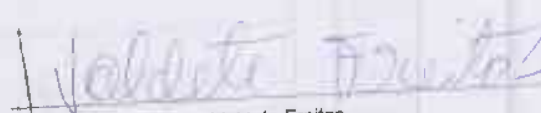
BOLETIM DE OCORRÊNCIA		Nº: 028382/2018
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)		
Grupo Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
Renavam 0139765352	Placa	NAY2444
Número do Chassi 9C6KG026090007913	Ano/Modelo Fabricação	2009/2009
Cor Preta	UF Veículo	Roraima
Município Veículo Rorainópolis	Marca/Modelo	YAMAHA/XTZ 250X
Modelo YAMAHA/XTZ 250X	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos	
Valdete Freitas	Exibidor	

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que, conforme data, hora, data e local descritos acima, o seu filho ADRIAN FREITAS (devidamente qualificado acima), foi vítima de acidente de trânsito quando transitava como passageiro na garupa da motocicleta também já descrita acima, estando a mesma no Nome de RAIMUNDO FERNANDES DA SILVA, CPF 311.393.372-20. Que a motocicleta era conduzida por um amigo de seu filho de Nome GABRIEL. Que colidiram em uma ciclista que atravessou a rua de forma desatenciosa. Que ambos os ocupantes da motocicleta sofreram lesões corporais e foram socorridos pelo SAMU até o HGR. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DRVAT. É o registro.

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Boletim de Ocorrência


Valdete Freitas
(Comunicante)

DAT
6^a JUL 2018

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

*Declaro para os devidos fins a veracidade das informações acima e a responsabilidade por esta declaração, conforme previsto no art. 139 do Código Penal Brasileiro e 340 do Código de Processo Penal Brasileiro.

DOCUMENTO
ORIGINAL



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Raimundo Fernandes da Silva,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____,

Órgão _____, portador do CPF nº 811.393.372-20, com

domicílio na cidade de _____, no Estado de

Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

_____, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Adriano Freitas cujo o condutor era

Gabriel

Veículo: motocicleta

Modelo: YAMAHA XTZ 250 X

Ano: 2009 / 2009

Placa: NAY 2444

Chassi: 9C6K6026090007913

Data do Acidente:

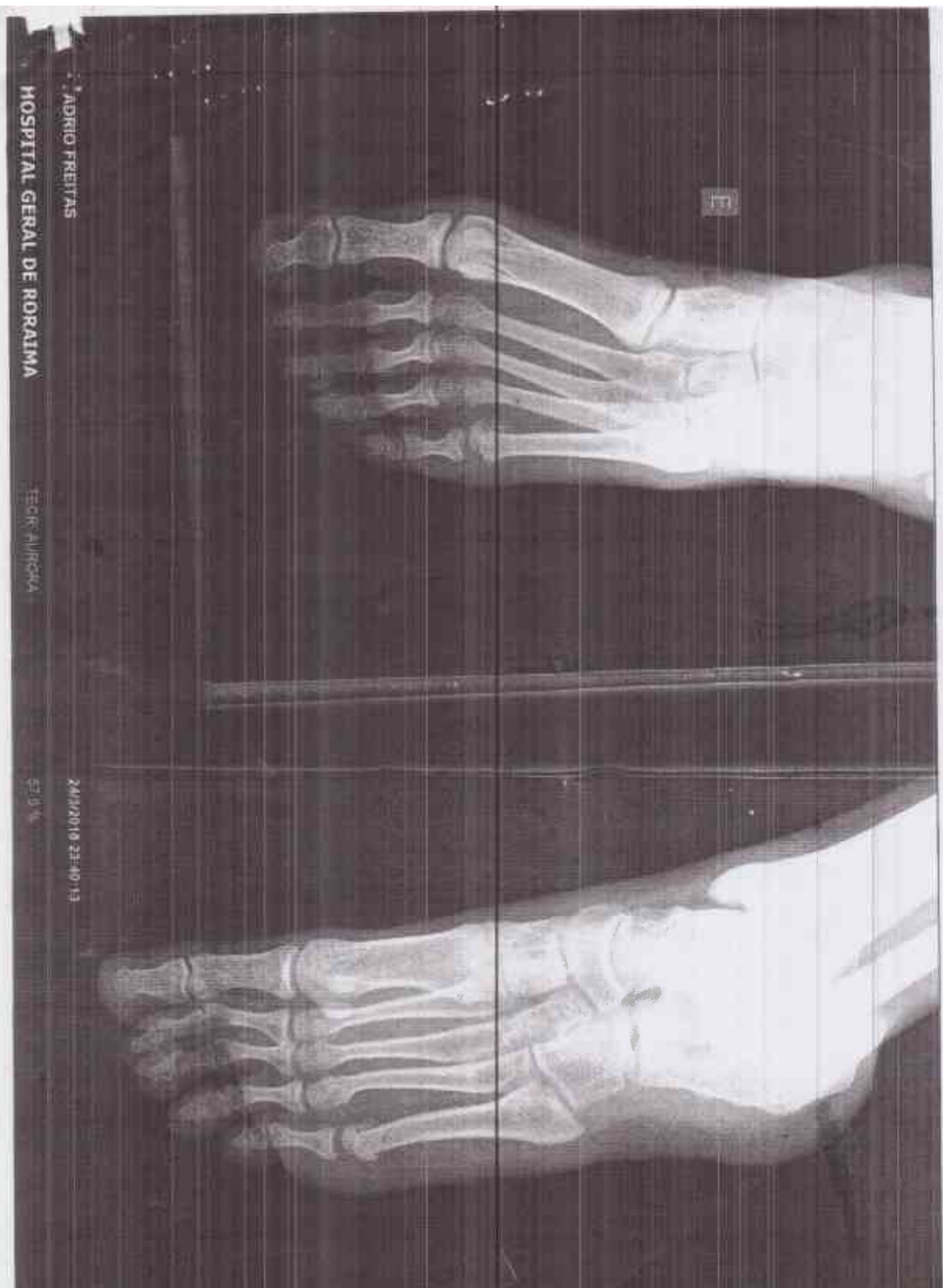
Local e Data: _____

+ _____
Assinatura do Declarante

+ _____
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Guia de Atendimento 02 ::...

15 JUL 1992



ADRILO FREITAS

FECRALL/RSMA

24/3/2019 23:40:13

57.0 %

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Seguradora LIDER Administração do Seguro DPVAT		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE			
Nº do sinistro ou ASL:		CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:		Tel.(DDD):	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
RENDA MENSAL:			
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00			
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
☒ 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: _____			
AGÊNCIA: 0653	CONTA: 69624	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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.			
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
☐ 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.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____			
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____			
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não 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.			
Local e data: _____		TESTEMUNHAS	
Nome: _____		1ª Nome: _____	
CPF: _____		CPF: _____	
Assinatura: _____		Assinatura: _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2ª Nome: _____	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		CPF: _____	
Assinatura do Procurador (se houver)		Assinatura: _____	

A

Lider Dos Consórcios do Seguro Dpvat.

Com cópias para:

SESEP – Superintendência de Seguros Privados (Órgão Fiscalizador)

CNPS – Conselho Nacional de Seguros privados (Órgão Normativo)

Referente: Análise e pagamento do seguro obrigatório DPVAT.

Vítima: _____

Sinistro: _____

Prezados Senhores,

Na qualidade de beneficiário do seguro Obrigatório DPVAT, venho por meio desta solicitar o prosseguimento da análise de meu processo, haja visto que o mesmo encontra-se com pendência e sem movimentação por parte da Seguradora pelo seguinte motivo:

- Declaração do proprietário/conductor do veículo, pelo fato da ocorrência ter sido registrada posteriormente ao acidente e/ou acidente envolvendo um único veículo.

Motivo este que não justifica, uma vez que:

A lei Nº 6.194, de 19 DE DEZEMBRO DE 1974, que dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, as pessoas transportadoras ou não, nos seus artigos e parágrafos menciona:

"Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado".

"§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela lei 11.482, de 2007)."

b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente no caso de danos pessoais.

"§ 4º Havendo dúvida quanto ao nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, poderá se acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar relatório de internamento ou tratamento, se houver fornecimento pela rede hospitalar e previdenciária, mediante pedido verbal ou escrito, pelos interessados em formulário próprio da entidade fornecedora. (Incluído pela lei nº 8.441, de 1992)."

"Art. 11. A sociedade seguradora que inferir as disposições desta lei estará sujeita às penalidades previstas no art. 108 do Decreto-Lei N 73, de 21 de novembro de 1996, de acordo com a gravidade da irregularidade, observado o disposto no art. 118 do referido Decreto-Lei. (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)."

Diante do exposto, me coloco a disposição para esclarecer evidências dúbidas acerca do acidente ocorrido, e que se a Seguradora tiver qualquer dúvida, que seja feita uma sindicância para verificar a veracidade dos documentos apresentados, uma vez que, o Seguro DPVAT trata-se de um Seguro de "cunho social", com o objetivo de amparar as vítimas e beneficiários que dele necessita. Por fim, com o objetivo de permitir o pedido de indenização do Seguro DPVAT, para então fazer a liberação da indenização do seguro obrigatório Dpvat.

Atenciosamente,

Local e data: Boa Vista RJ 17/08/2018.



Valdeci Freitas

ASSINATURA

RG: 214590-5

CPF: 975842232-49





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 022 1206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Adrian Freitas

CPF da Vítima

033.939.252-03

Data do Acidente

24-03-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Valdite Freitas

CPF do Representante Legal

915.842.232-49

Email

luderr@hotmail.com

Telefone (DDD)

90354-4282

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização desta perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista, 25 de Julho de 2018

Local e Data

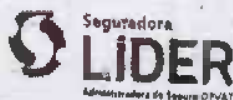
Adrian Freitas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Valdite Freitas

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala);

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 035.449.352-03	Nome completo da vítima - Adriano Freitas
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Valdete Freitas	CPF titular da conta 035.842.232-49	Profissão Doméstica
Endereço R. Espedito de Paula Rodrigues	Número 492	Complemento
Bairro Alameda	Estado Roraima	CEP 65.317-263
Cidade Boa Vista	Telefone (DDD) 65	Telefone (DDD) 4454242
Email cloxxx@hotmail.com		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. (Informar dígito se existir)	D/V	CONTA NRO. (Informar dígito se existir)	D/V
☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)		BANCO Nome Itau	
AGÊNCIA NRO. 6953 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 21389 (Informar dígito se existir)	
		NRO. 341	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 25 de Julho de 2018

Local e Data

Adriano Freitas
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Valdete Freitas
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL



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 Ilair Inácio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Valdete Freitas inscrito (a) no CPF sob o Nº 975.842.232 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Adriana Freitas inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.919.252 / 81, 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>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>5832</u>	Complemento <u>Ap-04</u>
Bairro <u>Ouricuri</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>lucifer@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)</u>

Boa Vista 25 de Julho de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

DOCUMENTO
ORIGINAL



Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: VALDETE FREITAS
Nº Sinistro: 3180430617
Vitima: ADRIAN FREITAS
Data do Acidente: 24/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180430617, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0005/00059 - Carta_03 - IN /ALIDEZ

00350028



Carta nº 13446905

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo	
Descrição do cálculo	Cálculo de Atualização Monetária de Seguro DPVAT - Adrian Freitas
Valor Nominal	R\$ 3.375,00
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	24/3/2018 a 1/3/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	24/3/2018 a 22/3/2019

Dados calculados		
Fator de correção do período	342 dias	1,036492
Percentual correspondente	342 dias	3,649193 %
Valor corrigido para 1/3/2019	(=)	R\$ 3.498,16
Juros(363 dias-12,79468%)	(+)	R\$ 447,58
Sub Total	(=)	R\$ 3.945,74
Valor total	(=)	R\$ 3.945,74

Memória analítica do cálculo			
Valor inicial	3.375,00		
Data inicial	24/3/2018		
Data final	1/3/2019		
Periodicidade	Mensal		
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.		
Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
24/3/2018	1/4/2018	0,0258 (%)	3.375,87
1/4/2018	1/5/2018	0,2100 (%)	3.382,96
1/5/2018	1/6/2018	0,1400 (%)	3.387,70
1/6/2018	1/7/2018	1,1100 (%)	3.425,30
1/7/2018	1/8/2018	0,6400 (%)	3.447,22
1/8/2018	1/9/2018	0,1300 (%)	3.451,70
1/9/2018	1/10/2018	0,0900 (%)	3.454,81
1/10/2018	1/11/2018	0,5800 (%)	3.474,85
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	3.481,45
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	3.475,88
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	3.486,31
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	3.498,16
Acréscimos de juro, multa e honorários			
Juros(363 dias-12,79468%)	(+)		R\$ 447,58
Sub Total	(=)		R\$ 3.945,74
Valor total	(=)		R\$ 3.945,74

[Retornar](#) [Imprimir](#)