



Ablner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

EU FABRICIANE MENIQUIÃO RIBEIRO PROFISSÃO: DESEMPREGADA
ESTADO CIVIL: UNION ESTAVES, FONE: 99132-6440,
E-MAIL: _____ RG: 345303-0
SSP- RR e CPF: 022.758.112-14, RESIDENTE À
RUA: CARLO MOZART PAULO CLEMENTE N° 77,
BAIRRO: NOVA GRANDE, 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, 12 de Junho de 2019.

X Fabriciane Meniquão Ribeiro

Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR

Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617

E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: FABRICIANE MENIQUELO RIBEIRO
ESTADO CIVIL: UNION ESTAVOL PROFISSÃO: DESCUMPRE GORDA
RG N° 345303-3 SSP/ RR CPF: 022.758.112-24
ENDEREÇO: RUA CARO MONTANT PAULO CLEMENTE, 77
NOVA CENOSA

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, 12 de JUNHO de 2019.

A Fabriciane Meniquelo Ribeiro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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

Polegar Direito

FABRICIANE MERQUIO RIBEIRO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 345303-0 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/04/2006

NOME FABRICIANE MERQUIO RIBEIRO

FILIAÇÃO EVALDO DE LIMA RIBEIRO

PATRICIA MERQUIO DELVIDIO

NATURALIDADE BOA VISTA - RR DATA DE NASCIMENTO 27/01/1994

DOC ORIGEM CERTO NASC 04312 FLS 201 LIV A-149

BOA VISTA - RR

1 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IIC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 99

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
022.758.112-14

Nome
FABRICIANE MERQUIO RIBEIRO

Nascimento
27/01/1994



FABRICIANE MERQUIÓ RIBEIRO

FILIAÇÃO.....: EVALDO DE LIMA RIBEIRO
PATRICIA MERQUIÓ DELVIDIO

NASCIMENTO.....: 27/01/1994 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR


DOCUMENTO.....: R.G. 345303-0 SESP RR 18/04/2006

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF.....: 022.758.112-14 CNH.....:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 23/03/2012


Leda M. Correia do Amaral
Procuradora do Estado

ARQUIVADA EM 2012

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

CONTRATO DE TRABALHO

09.474.003/0001-31

Ricca Comércio Ltda.

Av. Surumu, 595 - São Vicente
CEP: 69.303-455
BOA VISTA - RR

EMPREGADOR: Ricca Comércio Ltda.
CNPJ: 09.474.003/0001-31
ENDEREÇO: Av. Surumu, 595 - São Vicente
CEP: 69.303-455
MUNICÍPIO: BOA VISTA - RR

EST. DO ESTABELECIMENTO: RR
CARGO: Operador de Caixa
CBO Nº: 4233-25

DATA DE ADMISSÃO: 03 DE Setembro de 2016
REGISTRO Nº: 2002
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 900,00
(Novecentos e zero reais)

Eudiane Shirley P. Corrêa
Analista RH

DATA DE SAÍDA: 03 DE 03 DE 2017

Eudiane Shirley P. Corrêa
Analista de RH

COM. DISPENSA CO. N.º
RETI. N.º DA CONEX.

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: _____
CNPJ: _____
ENDEREÇO: _____
CEP: _____
MUNICÍPIO: _____ UF: _____

EST. DO ESTABELECIMENTO: _____
CARGO: _____
CBO Nº: _____

DATA DE ADMISSÃO: _____ DE _____ DE _____
REGISTRO Nº: _____ FLS. / FICHA: _____
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: _____

DATA DE SAÍDA: _____ DE _____ DE _____

COM. DISPENSA CO. N.º: _____
RETI. N.º DA CONEX.: _____

09

SEQ.: 00169 UC: 0009503-3 DT. LEIT.: 08/11/2018 T. ENTR.: 04
LEITURA: 17269 MINIMO TOTAL: 37,62 CARGA: 207
DT. VENC.: 01/12/2018 T. REG.: 000 COLETOR: 1142



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004656/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/02/2019 10:08 Data/Hora Fim: 28/02/2019 10:18
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 11/01/2019 08:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Centenário

Logradouro: Avenida Centenario

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FABRICIANE MERQUIO RIBEIRO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 27/01/1994

Profissão: Desempregado

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Patricia Meriquio Delvidio

Nome do Pai: Evaldo de Lima Ribeiro

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 345303-0

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 022.758.112-14

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Cabo Mozart Paulo Clemente

Nº: 77

Complemento: antiga NCN

Bairro: Nova Cidade

Telefone: (95) 99132-6440 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 022.758.112-14	Placa NAX2667
Renavam 01015207089	Número do Motor KC16E8E572702
Número do Chassi 9C2KC1680ER572702	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 10/07/2018	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------

Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Erico Wallace Bessa Rocha
Data de Impressão: 28/02/2019 10:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

25 ABR. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004656/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Fabriciane Meriquio Ribeiro	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava pela Avenida Centenario, sentido centro, conduzindo a motocicleta acima descrita, quando colidiu na traseira de um veículo que parou repentinamente sem sinalizar. Que devido ao impacto, caiu e sofreu lesões corporais. Que foi socorrida por um amigo. Que **NAO DESEJA** representar criminalmente. Que registra **SOMENTE** para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS


Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento


Fabriciane Meriquio Ribeiro
(Vítima / Comunicante)

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



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VALOR PRESTITE, OU POR SUBCARRUA, APRESSOIS, TRANSPORTADORS OU NAU - SEGURO DPVAT		RR Nº 013746619130		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204</p>					
RENAVAM ANO FAB 2014 COT. TARIF 9		RENAVAL 01015E07089 HONDA / C6150 FAN ESD1		DATA EMISSÃO 10/07/2018 PLACA N333557	
PREMIO TARIFARIO CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$9.03 TOTAL DO SEGURO (R\$) R\$13.18		PREMIO TARIFARIO CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$9.03 TOTAL DO SEGURO (R\$) R\$13.18		DATA DE QUITAÇÃO 02/07/2018	
PAGAMENTO PAGAMENTO 1		PAGAMENTO PAGAMENTO 1		PAGAMENTO PAGAMENTO 1	

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
 CNPJ Nº. 24B.609/000-1-04
 1715484881

[illegible]

25 ABR. 2019

1ª Classificação

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

|Reclassificação

() Vermelho
() Laranja
() Amarelo
() Verde
() Azul Ass

1864-1865

Reclassificação

()	Vermelho
()	Laranja
()	Amarelo
()	Verde
()	Azul

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 6

[illegible]

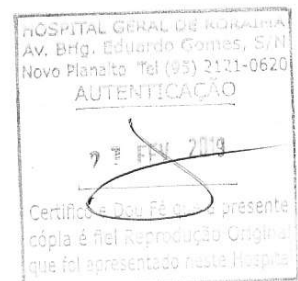
Ortopedia - Dr. Bruno

Tumor contido em joelho (S). Aponta fratura
na tíbia proximal.

CD: I estabilização guizada.

Acompanhamento ambulatorial
Alta.

Dr. Bruno
Ortopedia



Eu, Fabríciane Meriquio Ribeiro, CPF: 022.758.112-14,

venho atestar deste que tive fratura na Perna

(b), sendo necessário cirurgia, porém não

foi realizada a mesma pela situação do

Hospital Geral de Roraima; não está fazendo

cirurgias. Pego encarecidamente que analise

meu processo com a documentação apresentada

x Fabríciane Meriquio Ribeiro

Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
Nº do sinistro ou ASL:		CPF da vítima:	
022.758.112-14		Fabriciane Meriquiô Ribeiro	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Fabriciane Meriquiô Ribeiro		022.758.112-14	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Desempregado	Rua Cabo Mozart Paulo Clemente	77	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Nova cidade	Boa Vista	RR	69.316-204
E-mail:	Tel.(DDD):		
slouirrr@hotmail.com	95		984035060
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 6953	CONTA: 22871	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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
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):			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
<input type="checkbox"/> 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 Líder 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		Data do óbito da vítima: _____	
Grau de Parentesco com a vítima: _____		Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____			
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Falecidos: _____			
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado		TESTEMUNHAS	
Local e Data, Boa Vista - RR 12/03/2019		1ª Nome: _____	
Nome: Fabriciane Meriquiô Ribeiro		CPF: _____	
CPF: 022 758.112-14			
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura	
Assinatura do Procurador (se houver)		Assinatura	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

25 ABR. 2019



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Flair Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fabriziane Meriquis Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.758.112 / 14 do sinistro de DPVAT cobertura Inteligência da Vítima Fabriziane Meriquis Ribeiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.758.112 / 14, 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: Antonio P. Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Bunitos</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>FlairRR@Hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(151) 99154-4282</u>

25 ABR. 2019

Boavista - RR, 25 de Abril de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante



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, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190292887

Vítima: FABRICIANE MERIQUIO RIBEIRO

Data do Acidente: 11/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABRICIANE MERIQUIO RIBEIRO

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

Documentação médico-hospitalar incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

Pag. 0196501966 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14358401

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	
Valor Nominal	R\$ 3.375,50
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	11/1/2019 a 1/7/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	11/1/2019 a 1/7/2019

Dados calculados	
Fator de correção do período	171 dias 1,022322
Percentual correspondente	171 dias 2,232233 %
Valor corrigido para 1/7/2019	(=) R\$ 3.450,85
Juros(171 dias-5,83561%)	(+) R\$ 201,38
Sub Total	(=) R\$ 3.652,23
Valor total	(=) R\$ 3.652,23

Memória analítica do cálculo			
Valor inicial	3.375,50		
Data inicial	11/1/2019		
Data final	1/7/2019		
Periodicidade	Mensal		
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.		
Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
11/1/2019	1/2/2019	0,2031 (%)	3.382,36
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	3.393,86
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	3.412,18
1/4/2019	1/5/2019	0,7200 (%)	3.436,75
1/5/2019	1/6/2019	0,3500 (%)	3.448,78
1/6/2019	1/7/2019	0,0600 (%)	3.450,85
Acréscimos de juro, multa e honorários			
Juros(171 dias-5,83561%)	(+)		R\$ 201,38
Sub Total	(=)		R\$ 3.652,23
Valor total	(=)		R\$ 3.652,23

Retornar Imprimir