



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

EU FABRICIANE MENÍQUIO RIBEIRO PROFISSÃO: DESEMPREGADA
ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTAVEL, FONE: 99132-6440,
E-MAIL: _____ RG: 345303-0
SSP- RN e CPF: 022.758.112-14, RESIDENTE Á
RUA: CARO MAMIT PAULO CLEMENTE N° 77,
BAIRRO: NOVA CIDADE, 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 Meníquio Ribeiro
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: FABRICIANE MENIQUEIRO RIBEIRO

ESTADO CIVIL: UNA casada PROFISSÃO: DESEMPREGADA

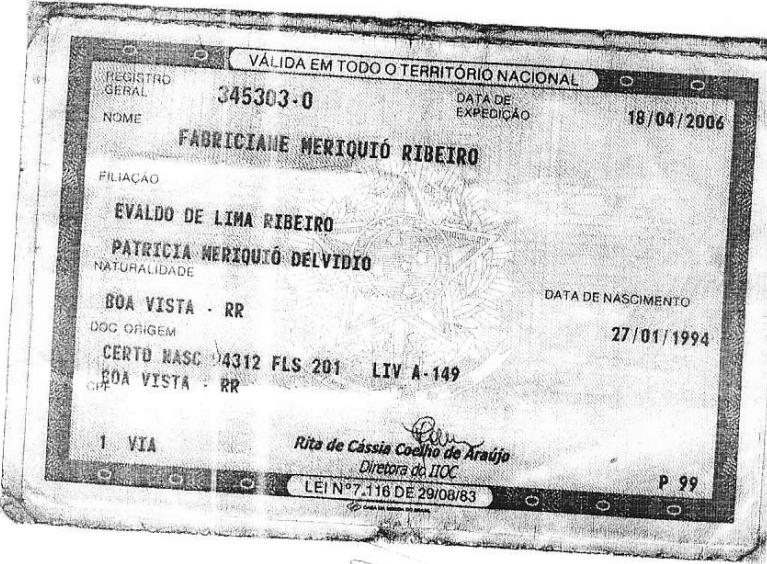
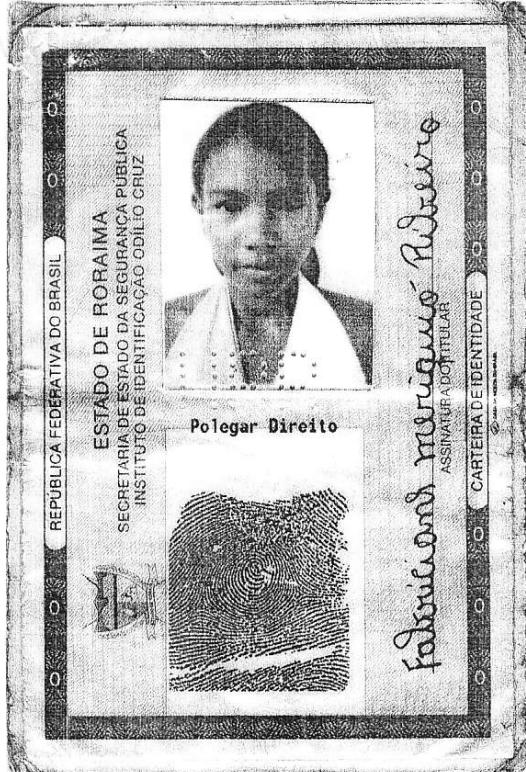
RG N° 345303-3 SSP/RR CPF: 022.758.112-14

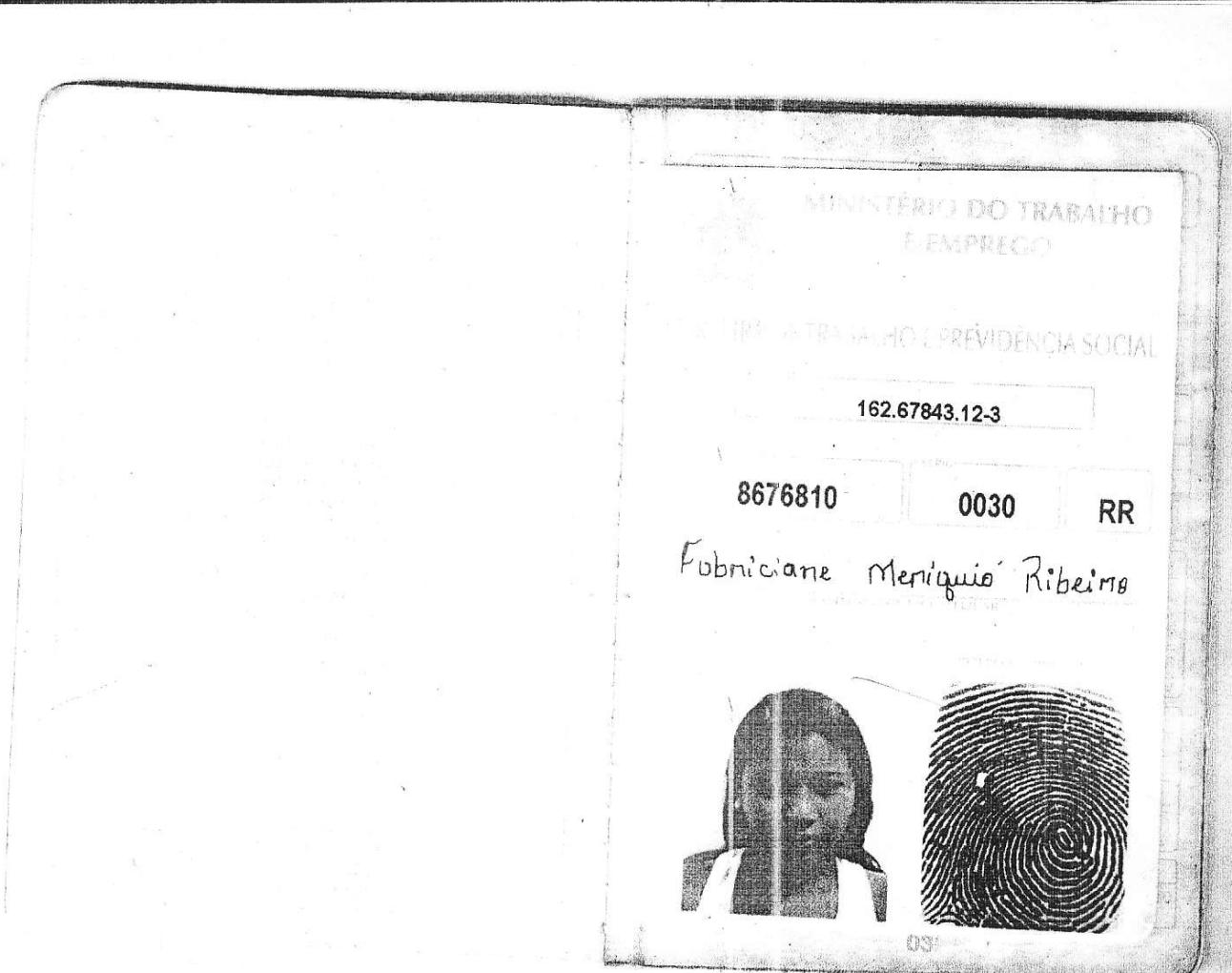
ENDEREÇO: Rua Caro morant Pinho Cleomaré, 77
NOVA CINTRA

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.

Fabriciane Meniqueiro Ribeiro





CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR
CGC/CNPJ
ENDEREÇO
MUNICÍPIO
UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO
CARGO	Operador de Caixa
CBO N°	4213 - 25
DATA DE ADMISSÃO	03 DE Junho 2016
REGISTRO N°	1002 FLS / FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	R\$: 900,00 (Novecentos Reais)
Eudiane Shirley F. Corrêa	Analista RH
DATA DE SAÍDA	03 DE Junho 2017
COMISSÃO CON.	Eudiane Shirley F. Corrêa
ROTINA DA CONTA	Analista de RH
08	09

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO
0069503-3

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.0001-44 - Iden. Faturar: 04.001.23.0010
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 01
Roraima é proprietário da Imprensa autorizada pela SIEPAZ 350/15

NOVEMBRO/2018 **01/12/2018** **30** **37,62**

PATRICIA MERIQUILLO DELVIDIO
R. CABO MOZART PAULO CLEMENTE 77 NOVA CIDADE
CPF: 000064666972234
CEP: 69.316-204 - M/01.001-000 - RO 01.35.001.23.04.086400

Afinal:	13.74.19	Mês:	11/2018
Anterior:	13.74.19	Ano:	11/2018
Consumo de Multiplicador:	1,00	Residência:	11/2018
Consumo Médio:	0	Emissão:	11/2018
Consumo Faturado:	30	FCAM:	Apresentação: 08/12/2018

MÍNIMO

Consumo	30	Preço	R\$ 0,628,32	Mês/Ano	10/2018
Consumo	30	Preço	R\$ 18,84	Mês/Ano	10/2018
Consumo	30	Preço	R\$ 18,78	Mês/Ano	10/2018

RESIDENCIAL **MONO** **E2** **186** **L** **1420126** **1.1.1.1** **0**

Consumo	30	Preço	R\$ 0,628,32	Mês/Ano	10/2018
Consumo	30	Preço	R\$ 18,84	Mês/Ano	10/2018
Consumo	30	Preço	R\$ 18,78	Mês/Ano	10/2018

OUT/18 **0** **CONSUMO** **30 A R\$ 0,628,32 =** **18,84**
SET/18 **0** **ILUMINACAO PUBLICA** **18,78**
AGO/18 **0**
JUL/18 **0**
JUN/18 **0**
MAI/18 **0**
ABR/18 **0**
MAR/18 **0**
FEV/18 **0**
JAN/18 **0**

TABELA DE TRIBUTO
0,628,32 + 0,09 = 0,7171

Mes/Ano **Valor R\$** **NOTA**

10/2018 **36,03** **O cliente apresentou motivo à suspensão do fornecimento de energia elétrica faturado no mês anterior. As faturas das contas desejadas nesta fatura, o não pagamento poderá gerar débitos bem á inclusão do nome do consumidor na SIEPAZ, informando sobre existência de contas pendentes e/ou realizadas no valor de R\$ 1.224,00. Seu débito não pode ser efetuado. O pagamento favor descontar na este débito.**

TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO 38,50% RESOLUÇÃO ANEEL N° 2.47 DE 30.10.18. CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO RISCO

Consumo	30	Preço	R\$ 0,628,32	Mês/Ano	10/2018
Consumo	30	Preço	R\$ 18,84	Mês/Ano	10/2018
Consumo	30	Preço	R\$ 18,78	Mês/Ano	10/2018

Consumo	30	Preço	R\$ 0,628,32	Mês/Ano	10/2018
Consumo	30	Preço	R\$ 18,84	Mês/Ano	10/2018
Consumo	30	Preço	R\$ 18,78	Mês/Ano	10/2018

8,45 16,91 32,82 8,46 16,92 32,84 4,65
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

DISTRITO **09/2018** **6,67**
DT: 15.001.23.04.086400 **0069503-3** **37,62**
Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.0001-44 - Iden. Faturar: 04.001.23.0010

25 ABR. 2019

11/2018 **01/12/2018** **001761073 FCAM**

83670000000 0 37620075000 2 00000000069 5 50331118008 0

SEQ.: 00169 UC: 0069503-3 DT.LFAT: 08/11/2018 T.ENTR.: 04
LEITURA: 13209 MINIMO TOTAL: 37,62 CARGA: 637
DT.VENC.: 01/12/2018 TRREG: 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)
Logradouro: Avenida Centenario

Bairro: Centenário

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FABRICIANE MERIQUIO 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 N°: 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



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
NAT: 42000652


Fabriciane Meriquio Ribeiro
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou(o) 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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÍCIOS AUTOMOTORES DE VIAGEM E ESTOQUE PORSUACABANA APRESENTO TRANSPORTADAS EM NOS SEGURO DPVAT		BILHETE DE SEGURO DPVAT		Nº 013746619130	
DETINHO SEU CARTÃO DE REGISTRO DE LICENCIAMENTO DO VÉHICULO CÓD. CADASTRAL 01 01015207343		DETINHO SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT		DETINHO SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE CORRETOR: www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204		ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE CORRETOR: www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204		ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE CORRETOR: www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
EXPIRAÇÃO 2015		DATA EMISSÃO 10/07/2014		DATA EMISSÃO 10/07/2014	
CNPJ 033 546 112-14		PLACA MDV 3557		PLACA MDV 3557	
NOME DO PROPRIETÁRIO JOÃO VIEIRA		NOME DO MODELO HONDA CG150 FAN EDI		NOME DO MODELO HONDA CG150 FAN EDI	
Nº CHASSI 902KC1690ER572702		Nº CHASSI 902KC1690ER572702		Nº CHASSI 902KC1690ER572702	
PRÉMIO TARIFÁRIO		CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$ 150,33		CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$ 185,50	
FNS (R\$) R\$ 81,25		DEPARTAMENTO (R\$) R\$ 9,03		DEPARTAMENTO (R\$) R\$ 10,50	
CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$ 4,15		DEPARTAMENTO (R\$) R\$ 0,70		DEPARTAMENTO (R\$) R\$ 0,70	
PAGAMENTO 1 Total Unica		PAGAMENTO 1 Parc. 4 Ano		PAGAMENTO 1 Parc. 4 Ano	
DATA DE QUITAÇÃO 05/07/2014		DATA DE QUITAÇÃO 05/07/2014		DATA DE QUITAÇÃO 05/07/2014	
CONTRIBUIÇÃO DE CARLOS MACHADO CNPJ 03.240.605/0001-44		CONTRIBUIÇÃO DE CARLOS MACHADO CNPJ 03.240.605/0001-44		CONTRIBUIÇÃO DE CARLOS MACHADO CNPJ 03.240.605/0001-44	
SEGURADORA LIDER - DPVAT		SEGURADORA LIDER - DPVAT		SEGURADORA LIDER - DPVAT	
DATA 10/07/2014		DATA 10/07/2014		DATA 10/07/2014	

25 ABR. 2019

11/01/2019

...:: Guia de Atendimento 17 ::...

Impresso por: daniel.viana
Data Hora: 11/01/2019 09:25:21

~~Carimbo e Assinatura do Médico~~



DR. Abhner de Souza Gomes Lins dos Santosabchner de Soi

Tutoria contínua (S) Apunha deixa
m Túlio

CJ: Imedição queixa

A seu paciente ambulatorial

Alta.

DR. Abhner de Souza Gomes Lins dos Santosabchner de Soi



Eu, Fabrício Meniquio Ribeiro, CPF: 022.758.112-14,

venho através deste informar que fui fraturado na Perna

(b), sendo necessária cirurgia, porém não

foi realizada a mesma pela visitação do

Hospital Geral de Rondonópolis; não está fazendo

cirurgias. Peço encarecidamente que analise

meu processo com a documentação apresentada

x Fabrício Meniquio Ribeiro



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo 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:

Fabriciane Meriquiô Ribeiro

CPF:

022.758.112-14

Profissão:

Desempregado

Endereço:

Rua Celso Mozart Paulo Clemente

Número:

77

Bairro:

Nova cidade

Cidade:

Bea Vista

Estado:

RR

CEP:

69.316-204

E-mail:

Ilairrr@hotmail.com

Tel.(DDD):

(95) 984035060

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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: 6953

CONTA: 29871

2

(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 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):

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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão 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

Local e Data: Beavista-RR 12/03/2019
Nome: Fabriciane Meriquiô Ribeiro
CPF: 022.758.112-14

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Fabriciane Meriquiô Ribeiro
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

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.

FPS.001 V001/2018

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 Flávia Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fabriciane Meriquiô Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.758.112 / 14, do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da Vítima Fabriciane Meriquiô Ribeiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.758.112 / 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	Número	Complemento	
<u>Rua: Antônio P. Galvão</u>	<u>1832</u>		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Buritis</u>	<u>Boa Vista</u>	<u>RR</u>	<u>69.309-209</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>Flaviarrr@hotmail.com</u>			<u>(65) 99154-4282</u>

25 ABR. 2019

Boa Vista - RR, 25 de Abril de 2019

Local e Data

Flávia Inacio de Souza

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. 01965/01966 - 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



Seguradora Líder · DPVAT

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					
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 esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuizos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
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	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

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
Percentual correspondente	171 dias
Valor corrigido para 1/7/2019	(=)
Juros(171 dias-5,83561%)	(+)
Sub Total	(=)
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](#)