

Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Pedro Costa de Souza
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
Profissão: Desempregado RG: 63938 SSP/RR.
CPF: 199729542-34 Endereço: Rua Rio Santo Antonio
Abonari, 426 Q 379 L 466 Nº: _____
Bairro: São Bento CEP: 69315-677 Município: Boa Vista / RR
Telefone: () _____ E-mail: _____

Pelo presente instrumento procuratório, nomeio e constituo, como meus procuradores, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, e **ANDRÉ CARLOS ISRAEL**, brasileiro, casado, advogado inscrita na OAB/RR sob o nº. 2045-N, ambos 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 judicium*, 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, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo substabelecer esta procuração com ou sem reserva de iguais poderes.

Boa Vista/RR, 01 de Julho de 2020.

Pedro Costa de Souza
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) 99118-5777
E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo: Pedro Costa de Souza
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
Profissão: Desempregado RG: 63938 SSP/RR.
CPF: 199729542 - 34 Endereço: Rua Rio Santo Antonio
Alvorari, 426 Q379 L466 Nº: _____
Bairro: São Bento CEP: 69315-677 Município: Boa Vista / RR.
Telefone: () _____ - _____ E-mail: _____

Pelo presente documento, 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, 01 de Julho de 2020.

* Pedro Costa de Souza
Declarante



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

1015374499

NOME
PEDRO COSTA DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
63938 SSP RR

CPF
199.729.542-34

DATA NASCIMENTO
07/09/1964

FILIAÇÃO
AUGUSTO MENEZES DE
SOUZA
PATROCINIA ALVES DA
COSTA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03629540230

VALIDADE
21/07/2020

1ª HABILITAÇÃO
23/06/2005

OBSERVAÇÕES
A

Pedro Costa de Souza
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
28/07/2015

JUSCELINO KUBITSCHKE PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE
ASSINATURA DO EMISSOR

25011866045
RR208339833

DETRAN - RR - RORAIMA



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Raulo Costa da Silva

Loc. Nasc. São Paulo - SP Data 07.09.64
Filiação Augusto Renato de Souza &
Tatiana Tereza Maria da Costa
Doc. do RG: 63.985.380/RG. 07.05.86

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. nº

Esp. em Estado

Obs. DRT PR
Data Emissão 06.09.2000 Michel

Filiação Miguel
Assinatura do Funcionário
Mec. ...

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)



MINISTÉRIO DO TRABALHO

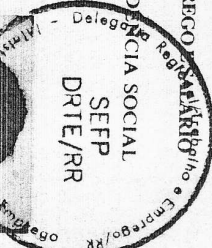
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 066804
Série 00001-RR

Série

066804

SEFP
DRIE/RR

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.
 Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.
 Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesqui-sada, para evitar a sua repetição.
 Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "cuidados" e "curiosos" con-corram para o agravamento de sua lesão.
 Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.
 Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.
 As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve res-peitá-las.
 Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.
 Conheça sempre as regras de segurança da secção onde vo-cê trabalha.
 Converse e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.
 Leia e relia sempre os ensinamentos contidos nos carta-zes e avisos sobre prevenção de acidentes.
 (Os artigos, pulseras, gravatas e mangas compridas não fa-zem parte do seu uniforme de trabalho.
 Mantenha sempre as guardas protectoras das máquinas nos devidos lugares.
 Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.
 Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de protecção adequados a seu serviço.
 Começa o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

ASSINATURA DO PORTADOR

Pecho Costa di Sessa

12

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador 12.104.972/0007-09

CGC/MF ATLANTICA Servicos Gerais Ltda

Rua Rua Paulo Bonfatti 102 - Centro

Município CEP 89801-440 Est.

Esp. do estabelecimento RR

Cargo Vigia

CBO nº

Data admissão 22 de dezembro de 2013

Registro nº 0024805 Fls/Ficha Vigia

Remuneração especificada R\$ 678,00 (Seiscentos e setenta e oito reais) Mensal

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

2º

Data saída 30 de junho de 19 13

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

2º

Com. Dispensa CD Nº

1º

2º

Com. Dispensa CD Nº

13

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador 24.011372-3

LIDAN - Com. Rep. e Servicos Ltda

CGC/MF Rua Azeiteiro Cruz, Nº 1717, Bairro

Rua Cep: 63.309-201 Nº

Município 63.665-719/0001-65 Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo Vigia

CBO nº 5174-20

Data admissão 29 de Abril de 14

Registro nº 400-17 Fls/Ficha 50

Remuneração especificada R\$ 778,00 (Setecentos e setenta e oito reais) Mensal

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

2º

Data saída 02 de Julho de 18

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

2º

Com. Dispensa CD Nº

1º

2º

Com. Dispensa CD Nº

14/07/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Comprovante de residência



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0165337-7

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - 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
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 5221521

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

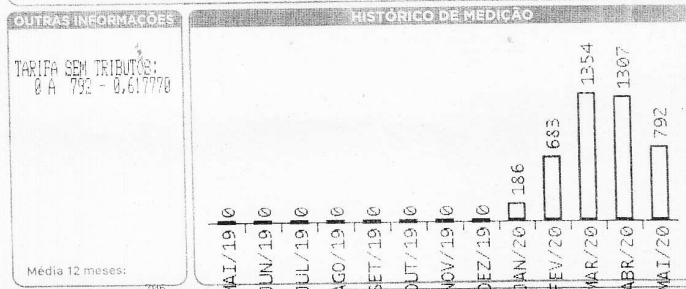
FCAM*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2020	06/06/2020	792	596,89

VALDENORA BARBOSA FARIAS CPF: 00020109520220
R. RIO SANTO ANTONIO ABONARI 426 - Q379 L 466 SAO BENTO
CEP: 69.315-677 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 4322	Atual: 19/05/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.3
Anterior: 3530	Anterior: 20/04/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 29	Próxima leitura: 18/06/2020	Ligação: TRIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 18/05/2020	Número Medidor: T011720159
Consumo medido: 792	Apresentação: 19/05/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 792		Modalidade:

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	792 A R\$ 0,753650 =	596,89



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/06/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
04/2020 1.033,67

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2019 (Lei 12007/09). LIGUE 06807019120 E FAÇA O FOLIO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 93B7.EDD6.DA28.510B.F658.4660.C3AE.E4A6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	327,98	Base de Cálculo:	ICMS: 17,00%
Distribuição:	143,37		PIS: 0,17%
Transmissão:	0,00		COFINS: 0,85%
Encargos:	18,54		
Tributos:	107,60		

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84
Realizado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Conjunto	DISTRITO			Período de apuração: 03/2020 EUSD: 408,09		

ROT: 8.001.16.24.263700



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0165337-7

TOTAL A PAGAR - R\$

596,89

MÊS FATURADO

05/2020

VENCIMENTO

06/06/2020

Nº da Nota Fiscal: 5221521

FCAM*

83650000005 1 96890075000 9 00000000165 1 33770520008 3



SEQ.: 0207 UC: 0165337-7 DT. LEIT.: 19/05/2020 T. ENTR.: 07
LEITURA: 4322 NORMAL TOTAL: 596,89 CARGA: 007
DT. VENC.: 06/06/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4171





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTEC/WEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Pedro Costa de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 199.729.542 34
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Pedro Costa de Souza
inscrito (a) no CPF sob o Nº 199.729.542 / 34, 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 P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Guaritas</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>INOTRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 9844-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 18/06/2020

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 4487/2020 - Registrado em: 10/06/2020 às 13h 15min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 16/12/2019 às 11h 00min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: SOL NASCENTE

Bairro: RAIAR DO SOL

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Tipo de local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

PEDRO COSTA DE SOUZA(55), nascido(a) em 07/09/1964, sexo MASCULINO, casado(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 199.729.542-34, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de PATROCINIA ALVES DA COSTA e AUGUSTO MENEZES DE SOUZA, endereço: RIO SANTO ANTONIO DO ABONARI, cep: 69315-677, Nº: 426, bairro: SÃO BENTO, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99162-7918.

OBJETOS

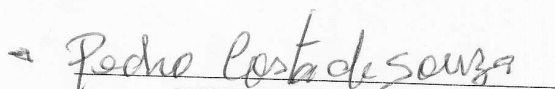
Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO-DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA SUA BICICLETA NO ENDEREÇO ACIMA CITADO, SENTIDO BAIRRO/SÃO BENTO, QUANDO AO REDUZIR A VELOCIDADE PARA ENTRAR A ESQUERDA DA VIA UMA MOTO QUE VINHA ATRÁS, BATEU NA TRASEIRA DA SUA BICICLETA, CAUSANDO A QUEDA, QUE COM A QUEDA O MESMO SOFREU FRATURA NO PUNHO DIREITO. INFORMA AINDA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU ATE O HRG. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

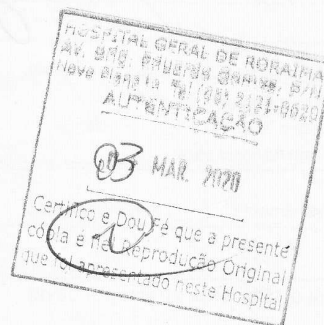
CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


PEDRO COSTA DE SOUZA
COMUNICANTE

NECA Academics

Pro x
Lacton
Ranb
S. 3 f. 1
R. du 5
p. l. te
p. l. te







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: 199.729.542-34 4 - Nome completo da vítima: Pedro Costa de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Pedro Costa de Souza 6 - CPF: 199.729.542-34
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua: Ste. Antonio do Abonari 9 - Número: 466 10 - Complemento:
11 - Bairro: Aracelis 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.300-000
15 - E-mail: IWOIRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95)98404-5368

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: 3027 CONTA: 00008673 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:

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.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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 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.

34

Impressão 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 - RR, 18/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Cópia 001 10/07/2020

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe...>



Buscar no site



Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

 (/Pages  

/Acessibilidade.aspx)

 (/Pages

/Atalhos-de-

Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas

Médicas (/Pages

/Documentacao-

Despesas-

Medicas.aspx)

Documentos Invalidez

Permanente (/Pages

/Documentacao-

Invalidez-

Permanente.aspx)

Documentos Morte

(/Pages

/Documentacao-

Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis

(/Pages/Dicas-

Indispensaveis-Para-

Pedir-

a-Indenizacao.aspx)

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento e documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, ad documentação completa.

SINISTRO 3200219256 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PEDRO COSTA DE SOUZA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN CORRETORA D

BENEFICIÁRIO PEDRO COSTA DE SOUZA

CPF/CNPJ: 19972954234

Posição em 03-07-2020 16:56:06

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagame

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

26/06/2020

R\$ 843,75

R\$ 0,00

R\$ 843,75

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages

/Saiba-como-

pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos

Efetutados (/Pages

/Consulta-

a-Pagamentos-

Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber

sobre o andamento do

seu pedido de

indenização. (/Pages

/Acompanhe-

o-Processo-de-

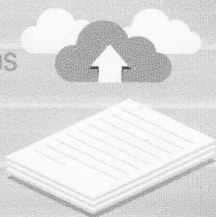
Indenizacao.aspx)

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
21/06/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/fil/LpSE5PaPSaMKHV5JbDGZRS9vAE4HWHJOPcsSopBs0BUovI/79USVAh1FK8B5zh3jigVz54XICckl6WLu50b+Zwepb5UMdtc)

DOCUMENTOS PENDENTES

Clique aqui para enviar.



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT





Cálculo de Atualização Monetária

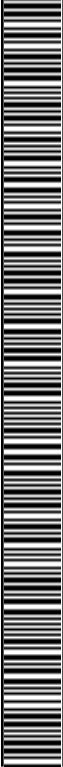
Dados básicos informados para cálculo	
Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 3.375,00
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	16/12/2019 a 01/07/2020
Taxa de juros (%)	1 % a.m. simples
Período dos juros	16/12/2019 a 13/07/2020

Dados calculados	
Fator de correção do período	198 dias 1,009087
Percentual correspondente	198 dias 0,908712 %
Valor corrigido para 01/07/2020	(=) R\$ 3.405,67
Juros(210 dias-7,00000%)	(+) R\$ 238,40
Sub Total	(=) R\$ 3.644,07
Valor total	(=) R\$ 3.644,07

Memória analítica do cálculo				
Valor inicial	3.375,00			
Data inicial	16/12/2019			
Data final	01/07/2020			
Periodicidade	Mensal			
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.			
	Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
	16/12/2019	01/01/2020	0,5406 (%)	3.393,24
	01/01/2020	01/02/2020	0,7100 (%)	3.417,34
	01/02/2020	01/03/2020	0,2200 (%)	3.424,85
	01/03/2020	01/04/2020	0,0200 (%)	3.425,54
	01/04/2020	01/05/2020	-0,0100 (%)	3.425,20
	01/05/2020	01/06/2020	-0,5900 (%)	3.404,99
	01/06/2020	01/07/2020	0,0200 (%)	3.405,67
Acréscimos de juro, multa e honorários				
Juros(210 dias-7,00000%)	(=)			R\$ 238,40
Sub Total	(=)			R\$ 3.644,07
Valor total	(=)			R\$ 3.644,07

Retornar Imprimir

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJYJM 4XDYG GJDR9 JVXGB



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 cursam 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 baço					

