



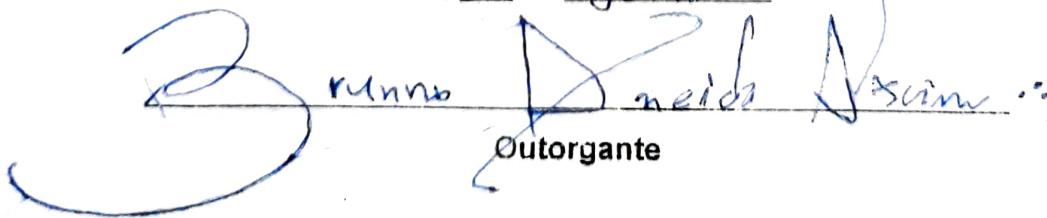
Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Bruno Almeida do Nascimento
Nacionalidade: Brasileiro **Estado Civil:** Casado
Profissão: Policial Militar **RG:** 157.054 **SSP/RR**
CPF: 802.829.492-49 **Endereço:** Rua das Extremosas
— — — — — — — **Nº:** 527
Bairro: Pricumã **CEP:** 69.309-700 **Município:** Boa Vista/RR
Telefone: (95) 98122-1011 **E-mail:** iloirrr@hotmail.com

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 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, 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, 30 de junho de 2020.


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: Bruno Almeida do Nascimento
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
Profissão: Policial Militar RG: 157.054 SSP/RR
CPF: 892.819.102-49 Endereço: Rua das Extremosas - 111
Bairro: Fricumã CEP: 69309-700 Município: Boa Vista/RR
Telefone: (99) 98122-1011 E-mail: i.loivrr@hotmail.com

Pelo presente documento, declaro, para os devidos fins, que não posso
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, de 20 de 2020

Declarante

PROCURACÃO

OUTORGANTE

NOME:	Bruna Almeida do Nascimento
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Policial militar
IDENTIDADE:	157.054 SSP/RR
ENDEREÇO:	R. do Comércio, 337, Cidade Nova,

OUTORGADO

NOME: EDIANA SOARES DOS REIS
NACIONALIDADE: SÃO PAULO (SP)
PROFISSÃO: ALTOURIST
IDENTIDADE: 181 817 SSP-RR
ENDEREÇO: RUA BARNABÉ ANTONIO NEVES 749

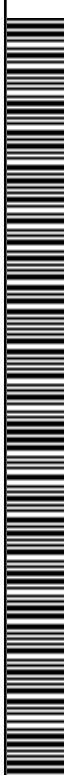
Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT,

te ao SINISTRO ocorrido na data: _____/_____/_____
ra ~~res~~ vítima: _____.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL

Departamento de Polícia Judiciária do Interior – DPJI
Delegacia de Polícia Civil de Bonfim
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 160 Registrado no (a) segunda-feira, 16 de março de 2020 às 13:22

Senhor Delegado.

DADOS DA COMUNICANTE / VÍTIMA

Nome: BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO

RG: 157.054 SSP/RR CPF: 892.829.492-49

Endereço: RUA DO COMERCIO Nº 337 BAIRRO CIDADE NOVA/BONFIM-RR

Nacionalidade: BRASILEIRA Natural: BOA VISTA UF: RR Sexo: MAS

Dat. Nasc: 23/11/1985 Idade: 35 anos Grau de Instrução: ENSINO S. COMPLETO

Estado Civil: CASADO (A) Tel / cel.: 98122-1011 Profissão: PRODUTOR RURAL

N. da Mãe: VALDECIR GOMES DE ALMEIDA DO NASCIMENTO

N. da Pai: ANTONIO BARROSO DO NASCIMENTO.

Senhor Delegado

Venho à presença de Vossa Senhoria, para **INFORMAR QUE** no dia 16/10/2018, por volta das 23:47hs no (a) av Ville Roy, bairro São Vicente, município de Boa Vista ocorreu o seguinte fato.

SENHOR DELEGADO. CHEGA AO CONHECIMENTO DESTA DELEGACIA ATRAVÉZ DO ROP nº 809757 SÉRIE 1, QUE A PESSOA ACIMA JÁ DEVIDAMENTE QUALIFICADA COMO VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO OCORRIDO NO LOCAL A DATA ACIMA JÁ MENCIOADA. QUE O VEICULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE DE TRÂNSITO TRATA-SE DE UMA MOTOCICLETA MARCA HONDA MODELO CBR-1000 DE COR VERMELHA PLACA NUL-1068 CHASSI JH2SC59088M001666). ANO 2008/2008 SOBRE A DINÂMICA DOS FATOS QUE O CONDUTOR CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA NA AV. VILE ROY SENTIDO CENTRO/BAIRRO QUANDO NO CRUZAMENTO OU PRÓXIMO A AV. TERÉNCIO LIMA ENVOLVEU-SE EM UMA COLISÃO COM UM VEICULO DESCONHECIDO. VEICULO ESTE QUE SE EVADIU DO LOCAL SEGUINDO SENTIDO INGNORADO. NÃO SE SABE QUAL A VIA E SENTIDO DA DIREÇÃO QUE O REFERIDO VEICULO TRAFEGAVA, COMO TAMBÉM NÃO FOI POSSIVEL A IDENTIFICAÇÃO DO MESMO. RESSALTO AINDA QUE NA REFERIDA AVENIDA EXISTE CÂMERAS DE SEGURANÇA QUE POSSIVELMENTE TENHAM REGISTRADO O MOMENTO DO OCORRIDO.

INFORMO AINDA QUE COM A COLISÃO O VEICULO(MOTOCICLETA) SOFREU DANOS NA PORÇÃO ANTERIOR ESQUERDA INCLUINDO FAROL E PARTE DA CARENAGEM. QUE O CONDUTOR FOI REMOVIDO AO (HRG) POR UM VEICULO PARTICULAR, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES NA ALTURA DO JOELHO ESQUERDO PERDA DA SEGUNDA FALANGE DISTAL DA MÃO ESQUERDA FRATURA DA FALANGE DO TERCEIRO DEDO TAMBÉM DA MÃO ESQUERDA ERA O QUE TINHA A REGISTRAR SOBRE O FATO PARA FINS DE REQUERES SEGURO (DPVAT). DIANTE DOS FATOS REGISTRA NESTA DATA E NESTA DELEGACIA POIS RESIDE NESTE MUNICÍPIO.

Peça cliente o (a) comunicante / vítima a comparecer nesta Unidade Policial no dia

às



DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE BONFIM

Av. Roraima, nº 004 Centro Bonfim - RR

Telefone: (095) 3552-1219 (gabinete) / (095) 35221236 (cartório)

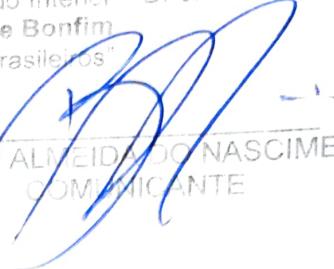


ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL

Departamento de Polícia Judiciária do Interior – DPJI

Delegacia de Polícia Civil de Bonfim
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

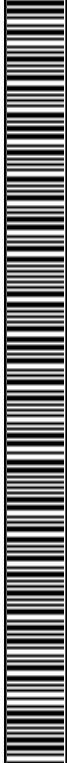

ABILENES DOS SANTOS SILVA
Agente de Polícia Civil


BRUNO ALMEIDA DO NASCIMENTO
COMUNICANTE

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: PJJXVN JZTMN 4WWJZ RN66A



DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE BONFIM
Av. Roraima, nº 004, Centro- Bonfim - RR
Telefone: (096) 3552-1219 (gabinete) / (096) 35221233 (cartório)



16/10/2018

PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I

Nº 809757

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fin
Ciptur01	CIPTUR	16/10/2018	LESTE	23:47	23:48	23:59	02:20
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Kml.	KmF.			
1001/1003	13023/13999	XXXXXX	36700	36715			

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Rua/Av:

VILLE ROY

Nº S/N

Bairro: SÃO VICENTE

Ref: COMAM

PESSOAS RELACIONADAS NÃO APRESENTADAS

1 ENVOLVIDO	Nome: BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO	Idade: N/I	E. Civil: SOLTEIRO
Endereço:	TV PS-2	Nº 95	Bairro: CENTENÁRIO
RG:	157054-SSP/RR	CNH: 04091267003	Profissão: POLICIAL MILITAR
CPF:	892.829.492-49	Telefone:	-----
2 -----	Nome: -----	Idade: --	E. Civil: -----
Endereço:	-----	Nº -----	Bairro: -----
RG:	-----	CNH: -----	Profissão: -----
CPF:	-----	Telefone:	-----

VEICULOS ENVOLVIDOS NÃO APRESENTADOS

VEICULO V1 - HONDA/CBR 1000 RR NA COR VERMELHA E PLACA NUL-1068. (DANO APARENTE: PORÇÃO ANTERIOR ESQUERDA INCLUINDO FAROL E PARTE DA CARENAGEM)

RECEBI OS CONDUZINDOS: SEM CONDUZIDOS.

ASSINATURA	CARGO	APC	LOCAL
	HISTÓRICO		2 ^o DP

SENHOR(a) DELEGADO(a),

Informo que fomos acionados pela CIOPS para atender a uma ocorrência de acidente de trânsito no endereço supracitado, no local, foi informado por populares que V1 trafegava na **Avenida Ville Roy sentido centro>bairro** conduzido pelo envolvido já relacionado no item 01 deste ROP, quando no cruzamento ou próximo a Avenida **Terêncio Lima**, envolveu-se em colisão com um veículo **desconhecido**, veículo este que evadiu-se do local seguindo destino ignorado. Não se sabe qual a **Via e sentido de direção** que o referido veículo trafegava, como também não foi possível a identificação do mesmo. Ressalto que, na referida avenida, existe câmeras de segurança que possivelmente tenham **registrado o momento do ocorrido**.

Informo ainda que, com a colisão, V1 sofreu os danos conforme descrito acima. O condutor de V1 foi removido para o PSE por um veículo particular apresentando escoriações na altura do joelho esquerdo, perda da segunda falange distal da mão esquerda, fratura da falange do terceiro dedo também da mão esquerda. "Informações do médico plantonista"

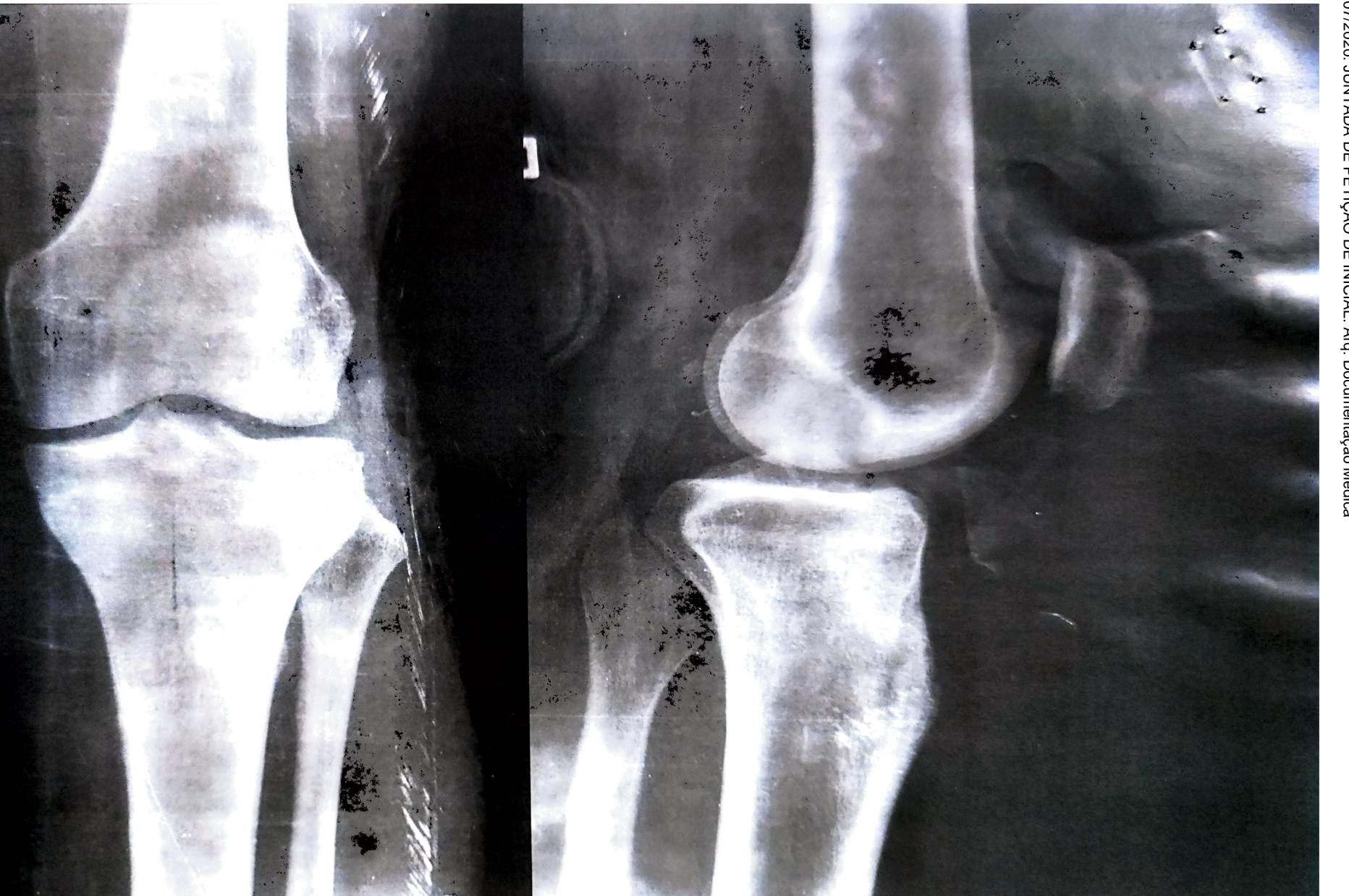
Ainda no local, V1 foi entregue ao senhor **RILDO LEANDRO DE MELO CESAR DE CPF: 852.369.692-04** (amigo do envolvido), não foram realizados qualquer procedimento administrativo, nem teste de etilômetro.

Na ocasião foi confeccionado este relatório para fins de registro e conhecimento.

Era o que tinha a informar.

ANTONIO R. VICENTE DA SILVA	40.721-6	2º SGT PM	CIPTUR
NOME	Matrícula	Posto/Grad	Und.





66.0 %

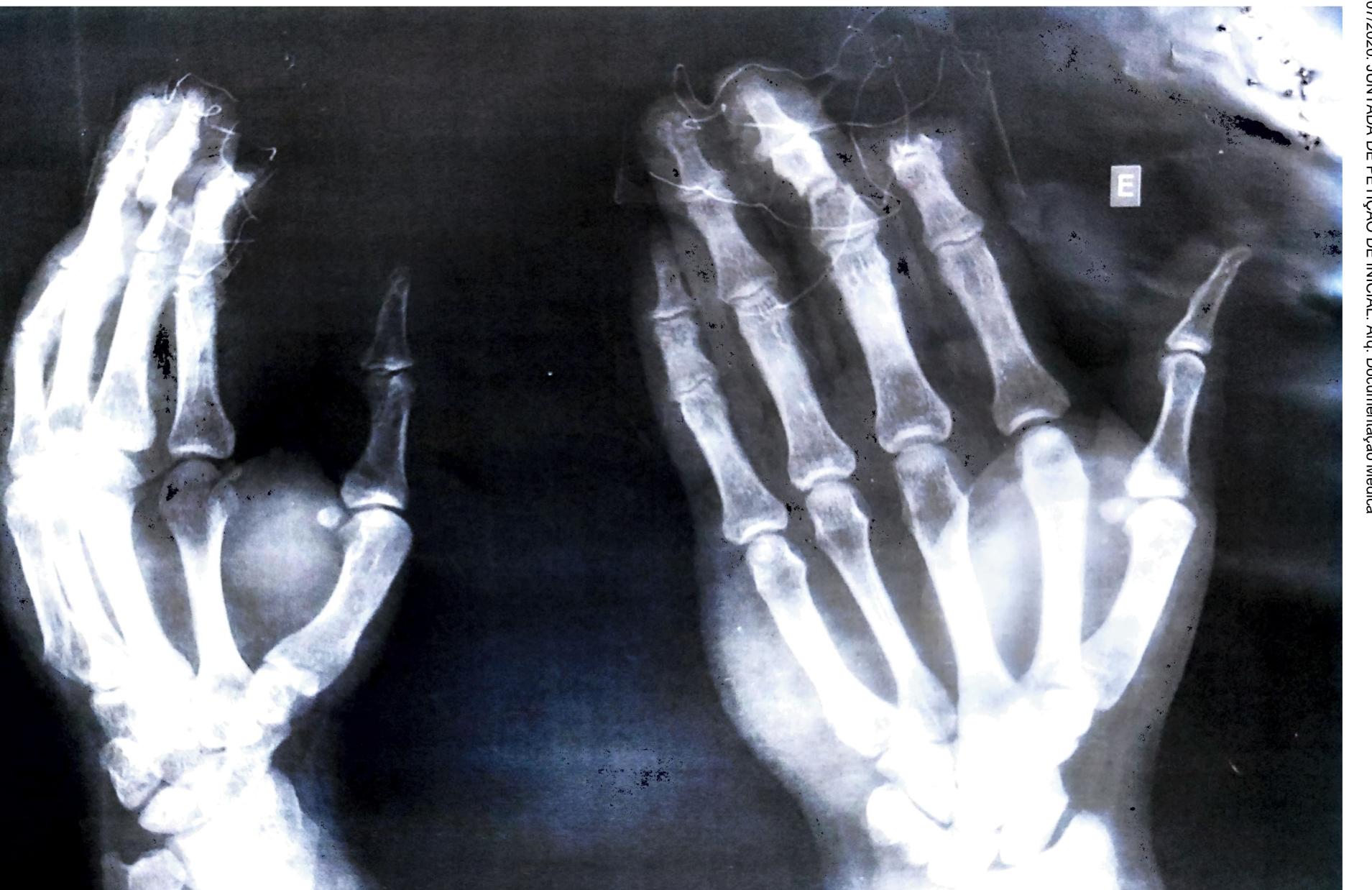
17/10/2018 00:23:37

BRUNO ALMEIDA

HSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS VASCONCELOS





770%

17/10/2018 00:23:37

83.3 %

17/10/2018 00:23:37

BRUNO ALMEIDA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS VASCONCELOS



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: PJV54 S75Q3 93UQY 8K3Y3



BRUNO ALVES

HSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS VASCONCELOS



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: PJV54 S75Q3 93UQY 8K3Y3



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
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
	892.829.492-49	Bruno Almida do Nascimento		

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Veteran militar	Rua: 1005 extremosas	527	casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Princípia	Boa Vista	RR	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (65) 98122-1011		
INFERRE@HOTMAIL.COM			

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? teve filhos? nascituro (vai nascer)? teve irmãos? pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 14/05/2020





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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: 4030 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 GuiaDir: 0800 021 91 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29646>

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 COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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 ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Slain Francisco de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Brunno Almeida do Nascimento

inscrito (a) no CPF sob o Nº 892.829.492 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez

da Vítima Brunno Almeida do Nascimento

inscrito (a) no CPF sob o Nº 892.829.492 / 49, 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 Lider-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>Buritis</u>	Cidade:	<u>Bea Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.369-209</u>
E-mail:	<u>SLNIRRR@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD):	<u>(65) 98464-5363</u>		

Local e Data: Bea Vista - RR, 14/05/2020

Assinatura do Declarante

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSVU UETLP N7EQ3 BDQQD



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200181221

Vítima: BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 esfíncteriano; (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 prejuízos 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	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
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	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 dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

