



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Brunno Almeida do Nascimento
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
Profissão: Policia Militar RG: 157.054 SSP/RR
CPF: 892.929.402 - 49 Endereço: Rua das Extremosas
11 11 11 11 11 11 N°: 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.

Brunno Almeida do Nascimento
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: Brunno Almeida do Nascimento
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
 Profissão: Policial Militar RG: 157.054 SSP/RR
 CPF: 892.829.402-40 Endereço: Rua das Extremosas - 11 -
11 - 11 - 11 - 11 - 11 - 11 - 11 Nº: 527
 Bairro: Pricumã CEP: 69309-700 Município: Boa Vista/RR
 Telefone: (99) 98122 - 1011 E-mail: iloivrr@hotmail.com

Pelo presente documento, declaro, para os devidos fins, que não possui 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 _____ de 2020.

Declarante



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Guilherme 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:	Autônoma
IDENTIDADE:	181.817 SSP-RR
ENDEREÇO:	RUA BARNABÉ ANTONIO DE LIMA - 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 _____, vítima: _____.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECEBUELAHANC...
em testemunha...
REC...
4.58 Enrolamento R\$ 256 FICOM R\$ 0.13 FISCALIZAÇÃO R\$ 0.13
FUNDEUR R\$ 0.26 ISS R\$ 0.000 Selo R\$ 1.50 Consulte em
p/ps cidadão portakelnet.com.br

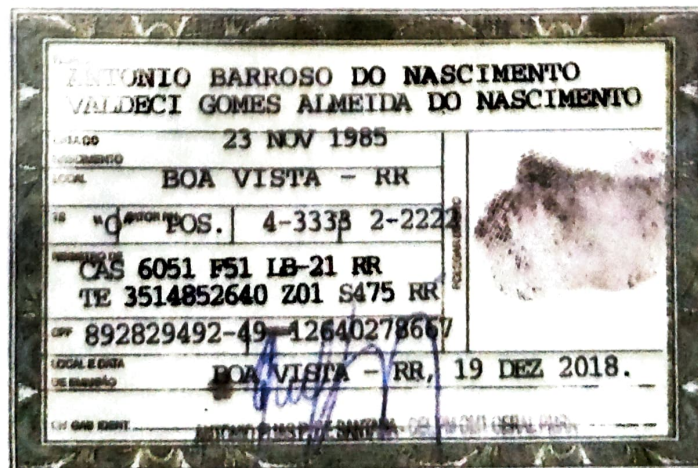
Ingrid Silva Moraes
Escrevente

RECONHECIMENTO DE NOTAS
Bonfim - Roraima

Ofício Único de Bonfim-RR
Rua Antônio Teves Lima, nº 343
Barra 13 de Maio, Bonfim-RR
Fone: (95) 3352-1199

Cartório de Bonfim

BONFIM-RR





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 VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO OCORRIDO NO LOCAL A DATA ACIMA JÁ MENCIONADA, 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 PROXIMO A AV. TERÊNCIO 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 CAMEPAS 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 MUNICIPIO.

Responde 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: (096) 3552-1219 (gabinete) / (095) 35221236 (cartorio)





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


BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO
COMUNICANTE



DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE BONFIM
Av. Roraima, nº 004, Centro- Bonfim - RR
Telefone (095) 3552-1219 (gabinete) / (095) 35221233 (particular)



16/10/2018

PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I

Nº 809757

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

Rua/Av: VILLE ROY LOCAL DA OCORRÊNCIA
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 L2DP

HISTÓRICO

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 medico 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 etilometro.

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

ANTONIO

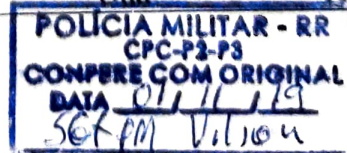
NOME

Matrícula

Posto/Grad

Und

Assinatura



17/10/2018

... Guia de Atendimento 17 ...



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.



1801023291	17/10/2018 00:26:07	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-	3
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO		23/11/1985	32 A 10 M 24 D	704804521523943	89282949249
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	157054	SSP		M	SOLTEIRO(APARDA
Mãe	VALDECI GOMES DO NASCIMENTO		Pai	Contato	
Endereço	TRAVESSA - PS-2 - 95 - CENTENARIO - BOA VISTA - RR		NC	(95) 99122-7162	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA				
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 00:27 h)

Paciente vítima de colisão moto x moto apresentando trauma em mãos (E) com existência de perda de balanço e de tecido superficial (pele). Sem outros altera importantes ao exame físico.

Hipótese Diagnóstica

fratura + perda de falanges

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N	
Novo Planalto - 69151-2121-0620	
AUTENTICAÇÃO	
Certificado de Do. Ex. e Pa. presente	
cópia e fidel. Reprodução Original	
que foi apresentado neste Hospital	

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1. tramal 50mg VO q2 cp agora		
2. tilatil 20mg EV agora.		
O HIBROR		
Apresenta dor 70 qm no		
braço esquerdo das 1h 30 02 e		
braço direito das 9h 30		
h de dor de est		
neuro		
Conduta		
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Ambulatório	
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)	
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia	<input type="checkbox"/> Internação	
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: auto pedia.	Data e Hora da Saída/Alta:	

Lucas Duarte
Médico
CRM-RR 1787

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

óbito	Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica
-------	--------------------------	---	----------	---

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: essen
Data Hora: 17/10/2018 00:27:13



1801023291



66.0 %

17/10/2018 00:23:37

BRUNO ALMEIDA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

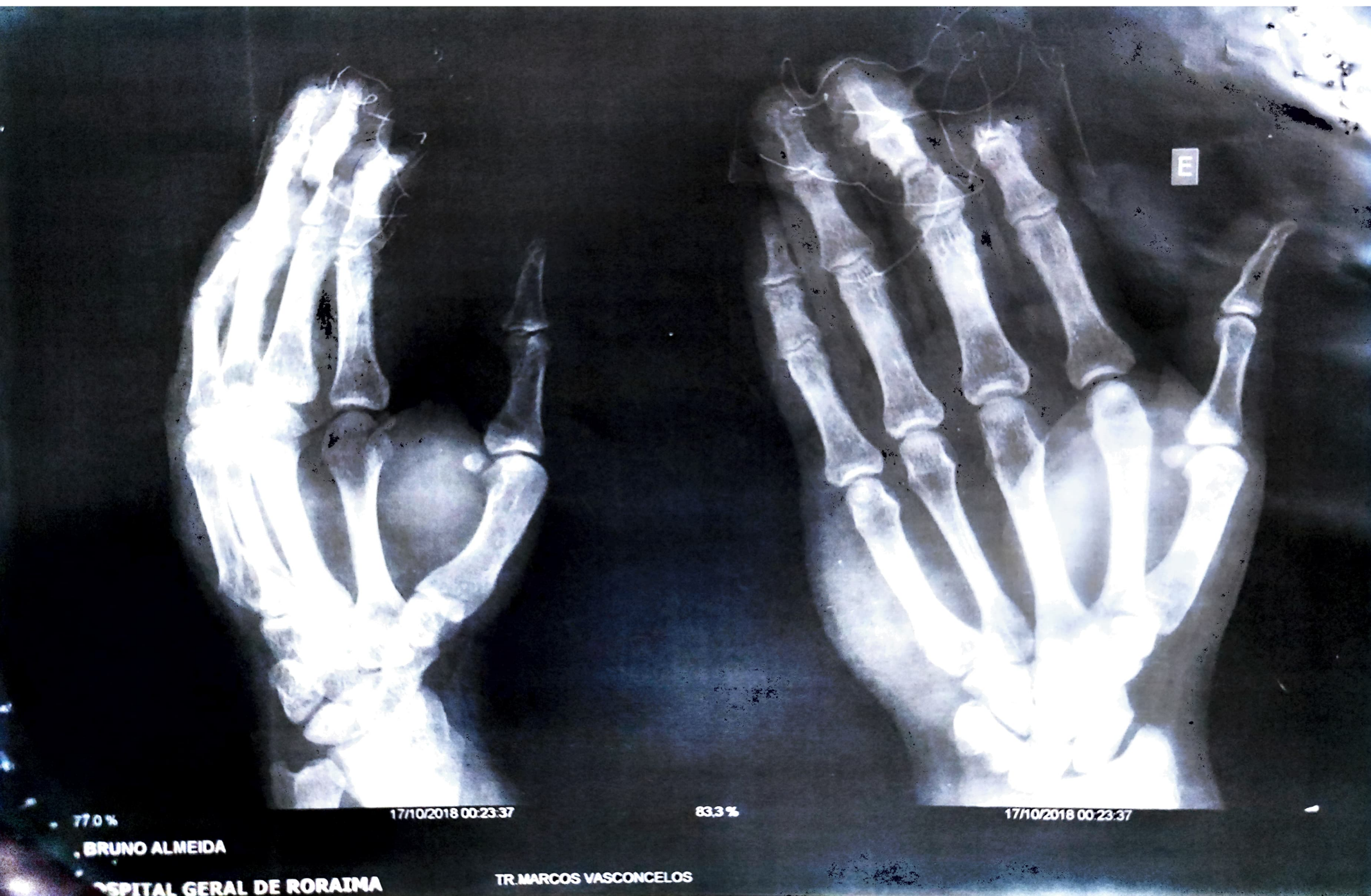


71.4 %

17/10/2018 00:23:37

TR.MARCOS VASCONCELOS







BRUNO ALVES

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR MARCOS VASCONCELOS





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:

892.829.492-49

4 - Nome completo da vítima:

Brunno Almeida 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:

Brunno Almeida do Nascimento

6 - CPF:

892.829.492-49

7 - Profissão:

Policial militar

8 - Endereço:

Rua: ulas extremas

9 - Número:

527

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Praia

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

15 - E-mail:

INOTRRR@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(95) 98122-1011

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

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

4263

3

CONTA:

24422

8

(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.

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

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, 14/05/2020



Ourocard



4984 5371 7212 3116

12/21

BRUNNO A NASCIMENTO

4263-3

24.422-8

VISA





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 Ovidente: 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/DOCFORIGINAL.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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RISCO SEGURO. 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 613/98.

Pelo exposto, eu Slair Inácio de Souza

inscrevo (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 Invalididez 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 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: Rua Antônio P. Galvão

Número: 4832 Complemento: _____

Bairro: Bunitis

Cidade: Bea Vista

Estado: RR

CEP: 69.309-209

E-mail: EL01RRR@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD): (95) 98404-5368

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

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, 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

Pag. 00121/00122 - carta_11 - INVALIDEZ



00050061



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					

