



Abhner Santos  
Advocacia e Consultoria

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA**

**Nome completo:** Erenilce Sihé Andes Batistot

**Nacionalidade:** Brasileira      **Estado Civil:** Casada

**Profissão:** Manicure e Dedicure      **RG:** 187.318      **SSP/RR**

**CPF:** 632.515.312-09 **Endereço:** Avenida São José - n° 1111 - K - 1111 - 1111      **Nº:** 632

**Bairro:** Alvorada      **CEP:** 69317-180 **Município:** Boa Vista/RR

**Telefone:** (65) 99120-5114      **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, 16 de março de 2020.

Erenilce Sihé Andes Batistot

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](mailto:adv.abhner@hotmail.com) **Website:** <http://www.abhneradvcon.com.br>

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo: Erenilce Silva Aredes Batistot  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada  
Profissão: Manicure e Pedicure RG: 187.318 SSP/RR  
CPF: 632.515.312-04 Endereço: Avenida São José 1  
Bairro: Alvorada CEP: 69.317-180 Município: Doa Vista / RR  
Telefone: (95) 99120 - 5114 E-mail: iloirrr@hotmail.com

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, 16 de março de 2020.

- Erweitert S1/S An der Batisstut

## **Declarante**

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

NOME:	Erenilce Silva Aredes Batista et
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	18 73 18 SSP / RR
ENDEREÇO:	Av. São José, 632, Altinópolis

NOME:	Iberê Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP / RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Buritis

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, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 16/03/2020 cobertura Imobilidade, vítima: Erenilce Silva Aredes Batista et

Boa Vista - RR, 06/04/2020

LOCAL E DATA

Erenilce Silva Aredes Batista et

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



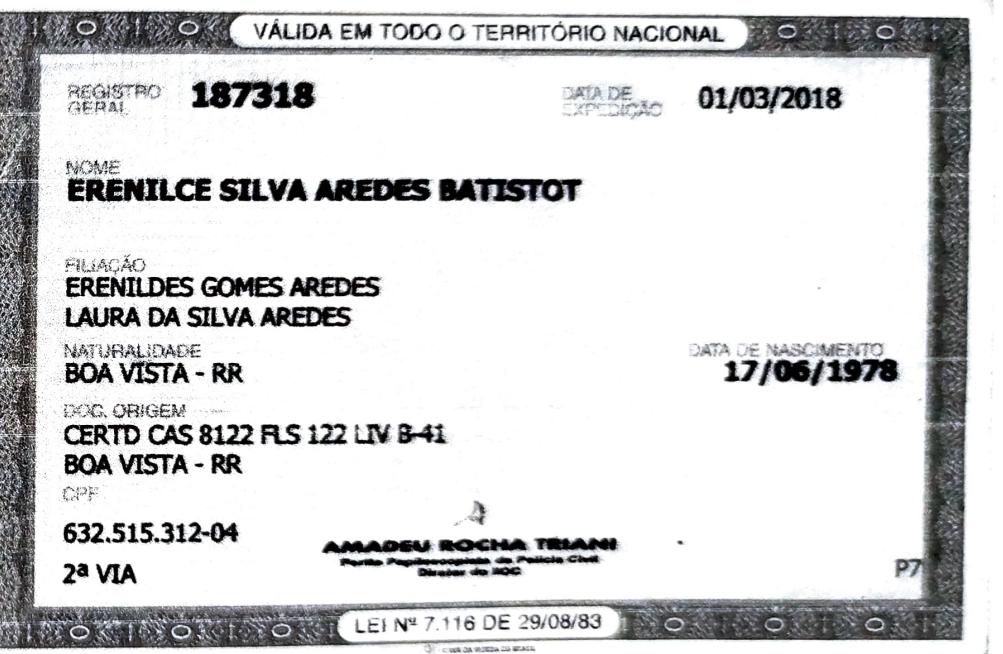
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Advogado e Registrador  
Av. Afonso Taunay, 4507 - Asa Branca - Boa Vista/RR  
Fone: (65) 8627-4166  
e-mail: boavista@cartorioequino.com.br

192043588260092730  
Reconheço por VERDADEIRA(s) firma(s)  
"ERENILCE SILVA AREDES BATISTA ET"  
Em testemunho da verdade, L.S.  
Do que dou fô. Boa Vista/RR, 06 de abril de 2020.  
Consulte o(a) autor(a) online em [portaldajustiça.com.br](http://portaldajustiça.com.br)  
RECFT166286FB80CVB0USC.PPY21

192.043

*Erenilce Silva Aredes Batista et*  
Daniel Aquino  
Escritório Autorizada

Emolumentos: R\$ 2,56 Fundos ISS: R\$ 0,65 Selo: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,71





CAIXA

CONTA 3015 0018 147

VALOR ATÉ  
3906.013.0001-738-8-12/20

ERENILCE SILVA AREDES

elc



ENERGIA		a Roraima Energia, informe este NÚMERO		SEU CÓDIGO 0078717-5																													
<b>RORAIMA ENERGIA S.A.</b> Av. Capitão Ene Carreza, 601 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44   Ins. Estadual: 24.007.022-3 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1 Regime Especial de Impressão autorizada pela REFAE 368/13				Nº da Nota Fiscal: 4753198 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é aplicada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002 FCA																													
<b>MES</b> <b>MARCO/2020</b>		<b>VENCIMENTO</b> <b>28/03/2020</b>		<b>CONSUMO (KWH)</b> <b>157</b>																													
<b>ALVILINA GOMES DE ABREU</b> <b>AV. SAO JOSE 632 - ALVORADA</b> <b>CEP: 69.317-190 - BOA VISTA</b>				<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>151,60</b>																													
<b>DADOS DA LEITURA (KWH)</b> Atual: 19306 Anterior: 19149 Dias de consumo: 33 Constante de Multiplicação: 1.000 Consumo medido: 157 Consumo faturado: 157		<b>DATAS DA LEITURA</b> Atual: 10/03/2020 Anterior: 06/02/2020 Próxima leitura: 10/04/2020 Emissão: 09/03/2020 Apresentação: 10/03/2020		<b>DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL Ligação: MONO Número Medidor: 12EDM00310 Forma de Faturamento: NORMAL Medalhada: N 1423489																													
<b>DESCRIÇÃO DA CONTA</b> CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA 157 A R\$ 0,764425 = 120,01 31,59																																	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b> TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 157 = 0,617770																																	
<b>HISTÓRICO DE MEDAÇÃO</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>Consumo (KWH)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>MAR/19</td><td>121</td></tr> <tr><td>ABR/19</td><td>141</td></tr> <tr><td>MAI/19</td><td>245</td></tr> <tr><td>JUN/19</td><td>132</td></tr> <tr><td>JUL/19</td><td>187</td></tr> <tr><td>AGO/19</td><td>166</td></tr> <tr><td>SET/19</td><td>161</td></tr> <tr><td>OUT/19</td><td>148</td></tr> <tr><td>NOV/19</td><td>140</td></tr> <tr><td>DEZ/19</td><td>155</td></tr> <tr><td>JAN/20</td><td>167</td></tr> <tr><td>FEV/20</td><td>147</td></tr> <tr><td>MAR/20</td><td>157</td></tr> </tbody> </table>						Mês	Consumo (KWH)	MAR/19	121	ABR/19	141	MAI/19	245	JUN/19	132	JUL/19	187	AGO/19	166	SET/19	161	OUT/19	148	NOV/19	140	DEZ/19	155	JAN/20	167	FEV/20	147	MAR/20	157
Mês	Consumo (KWH)																																
MAR/19	121																																
ABR/19	141																																
MAI/19	245																																
JUN/19	132																																
JUL/19	187																																
AGO/19	166																																
SET/19	161																																
OUT/19	148																																
NOV/19	140																																
DEZ/19	155																																
JAN/20	167																																
FEV/20	147																																
MAR/20	157																																
 <b>MENSAGENS IMPORTANTES</b> <b>REAVISO DE VENCIMENTO</b> LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26 Parabéns! Até o dia 09/03/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.																																	
<b>RESERVADO AO FISCO</b> 5DDE.23B7.05F5.77D2.0959.2E6E.8E90.2C05 <b>COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Energia:</th> <th>64,90</th> <th>Encargos:</th> <th>3,67</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Distribuição:</td> <td>28,43</td> <td>Tributos:</td> <td>23,01</td> </tr> <tr> <td>Transmissão:</td> <td>0,00</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <b>IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Base de Cálculo:</th> <th>ICMS:</th> <th>Alíquota:</th> <th>Valor:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>120,01</td> <td>17,00%</td> <td>20,40</td> </tr> <tr> <td></td> <td>PIS:</td> <td>0,38%</td> <td>0,46</td> </tr> <tr> <td></td> <td>COFINS:</td> <td>1,79%</td> <td>2,15</td> </tr> </tbody> </table>						Energia:	64,90	Encargos:	3,67	Distribuição:	28,43	Tributos:	23,01	Transmissão:	0,00			Base de Cálculo:	ICMS:	Alíquota:	Valor:	120,01	17,00%	20,40		PIS:	0,38%	0,46		COFINS:	1,79%	2,15	
Energia:	64,90	Encargos:	3,67																														
Distribuição:	28,43	Tributos:	23,01																														
Transmissão:	0,00																																
Base de Cálculo:	ICMS:	Alíquota:	Valor:																														
120,01	17,00%	20,40																															
	PIS:	0,38%	0,46																														
	COFINS:	1,79%	2,15																														
<b>INDICADORES DE CONTINUIDADE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DIQ</th> <th>EIQ</th> <th>DMIC</th> <th>DICRI</th> </tr> <tr> <th>Mensal</th> <th>Trimestral</th> <th>Anual</th> <th>Mensal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9,24</td> <td>18,49</td> <td>36,99</td> <td>8,46</td> <td>16,92</td> <td>33,84</td> <td>4,99</td> </tr> <tr> <td>Realizado</td> <td>0,00</td> <td></td> <td>0,00</td> <td></td> <td>0,00</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						DIQ	EIQ	DMIC	DICRI	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	Realizado	0,00		0,00		0,00							
DIQ	EIQ	DMIC	DICRI																														
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal																														
9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99																											
Realizado	0,00		0,00		0,00																												



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 014071/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 23/04/2020 10:22 Data/Hora Fim: 23/04/2020 11:32  
Delegado de Policia: Candida Alzira Bentes de Magalhaes Senhoras

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: 5º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 16/03/2020 10:30

**Local do Fato**

Municipio: Boa Vista (RR)

Bairro: Laura Moreira (Cruviana)

Logradouro: AV. FRANCISCO ANACLETO

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 16/06/1978 Idade: 41 anos  
Naturalidade:RR - Boa Vista Profissão: Manicure e Pedicure  
Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Laura da Silva Aredes Nome do Pai: Erenildes Gomes Aredes

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 632.515.312-04

RG - Carteira de Identidade: 187318

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA MANAIRA

Nº: 64

Bairro: MANAIRA

Telefone: (95) 99120-5114 (Celular)

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira Idade:

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Telefone: (95) 98404-0575 (Celular)

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

**Grupo** Véculo

**Subgrupo** Motocicleta/Motoneta

**Descrição** MOTOCICLETA

**CPF/CNPJ do Proprietário** 632.515.312-04

**Placa** NAP4607

**Renavam** 01091932465

**Número do Motor** JC70E0G011900

**Número do Chassi** 9C2JC7000GR011896

**Ano/Modelo Fabricação** 2016/2016

**Cor** VERMELHA



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 014071/2020

**UF Veículo** Roraima

**Município Veículo** Boa Vista

**Marca/Modelo** HONDA/BIZ 110I

**Modelo** HONDA/BIZ 110I

**Veículo Adulterado?** Não

**Quantidade** 1 Unidade

**Situação** Envolvido

**Última Atualização Denatran** 01/01/2019

**Situação do Veículo** REST.BEN.TRIBUTARIO

<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
Erenilce Silva Aredes Batistot	Proprietário

**RELATO/HISTÓRICO**

COMUNICA QUE TRAFEGAVA PELA AV. ACIMA CITADA EM SUA MOTOCICLETA, SENDO QUE O CONDUTOR ERA SEU COMPANHEIRO, QUE AO TENTAR DESVIAR DE UM ÔNIBUS VIERAM A COLIDIR NA LATERAL DE OUTRO VEÍCULO, SEGUNDO A COMUNICANTE A MESMA DESMAIOU VINDO A SOFRER FRATURAS NO PÉ ESQUERDO E VARIAS LESÕES NAS PERNAS, QUE O IRMÃO DA CONDUTORA DO VEÍCULO, CHEGOU NO LOCAL DO ACIDENTE E LEVOU SUA MOTOCICLETA, CHAVE E O DOCUMENTO COMO GARANTIA DE PAGAMENTO DO PREJUIZO, QUE A COMUNICANTE ENTROU EM CONTATO COM A PESSOA QUE LEVOU A MOTOCICLETA E O MESMO FALA QUE A DEIXOU EM UMA OFICINA COMO PAGAMENTO E EXIGE QUE A COMUNICANTE TRANSFIRA A MOTOCICLETA PARA SEU NOME, SENDO QUE A MESMA NUNCA SE NEGOU EM PAGAR O PREJUIZO E PRECISA DA SUA MOTOCICLETA. É O RELATO PEDE PROVIDÊNCIAS.

**ASSINATURAS**

Elinelson Aguiar Dos Santos

Agenete de Policia

Matricula 42000746

Responsável pelo Atendimento

Erenilce Silva Aredes Batistot

(Comunicante / Vítima)

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

... Guia de Atendimento 17 ...																								
<b>GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA</b> Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308				1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação	Justo																
				( <input type="checkbox"/> ) Vermelho	( <input type="checkbox"/> ) Vermelho	( <input type="checkbox"/> ) Laranja	( <input type="checkbox"/> ) Laranja	( <input type="checkbox"/> ) Vermelho																
				( <input type="checkbox"/> ) Amarelo	( <input type="checkbox"/> ) Amarelo	( <input type="checkbox"/> ) Verde	( <input type="checkbox"/> ) Verde	( <input type="checkbox"/> ) Amarelo																
				( <input type="checkbox"/> ) Verde	( <input type="checkbox"/> ) Azul Ass.	( <input type="checkbox"/> ) Azul Ass.	( <input type="checkbox"/> ) Verde	( <input type="checkbox"/> ) Verde																
								( <input type="checkbox"/> ) Azul Ass.																
2001231420	16/03/2020 23:58:43	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-																		
Paciente					Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário															
<b>ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT</b>	Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	898003474694709	63251531204															
IDENTIDADE 187318	Mãe	SSP/RR		03/12/2013	F		PARDA	BOA VISTA - RR	Nacionalidade BRASILEIRA															
LAURA SILVA AREDES	Endereço					Pai																		
RUA - MANAIRA - 164 - CRUVIANA - BOA VISTA - RR					ERENILDES GOMES AREDES	(95) 99158-8849			Ocupação NÃO INFORMADA															
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira			Validade	Autorização	Sis Prenatal																	
Motivo do Atendimento	<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>			Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão																
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Caráter do Atendimento																							
Setor	URGÊNCIA				Procedimento Sol.	Registrado por:																		
<b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada					<b>ADAO</b>																		
QUEIXA Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue																							
ACIDENTE DE MOTO																								
Anamnese de Enfermagem					GSC	TOTAL																		
					AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6																			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 00:00 h)																								
PACIENTE TRAIUZA PELOS BOMBEIROS, VITIMA DE ACIDENTE MOTO X ÔNIBUS, REFERIDA EM PERNA (E). NEGA ALERGIAS E ONGRANIZADAS.																								
Exame Físico																								
A: VIMS SÉREAS PÉRUVIAS + COLAR CERVICAL + PERTUBAR RÍGIDAS	D = ECG 15 + PUP: MS 350 RGT: 150																							
B: EXPANSIVIDADE PRESEVADEA + MVR + NARMOTIMPONTE + SARTO 2 98%	C. 0250 GRC CONTA GR																							
C: HARMONIZADA + NORMOCÍRUMICA + TEC C 30	30 010 (D) + MIE																							
Hipótese Diagnóstica																								
Possívelmente																								
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:																							
1. Rx Abdomen <b>PRESCRIÇÃO</b>					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO																		
2. Rx Abdomen <b>Destinatário</b> IV																								
3. Rx Abdomen (E) + TOLAZOLIO + RE (E)																								
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Av. Brg. Eduardo Gomes, 5/N</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Novo Prédio Tel (95) 2121-0620</td> </tr> <tr> <td colspan="2">AUTENTICAÇÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">13 MAIO 2017</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Certifico que o(a) paciente</td> </tr> <tr> <td colspan="2">côpia é feita Reprodução Digital</td> </tr> <tr> <td colspan="2">que foi apresentado neste Hospital</td> </tr> </table>									HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Av. Brg. Eduardo Gomes, 5/N		Novo Prédio Tel (95) 2121-0620		AUTENTICAÇÃO		13 MAIO 2017		Certifico que o(a) paciente		côpia é feita Reprodução Digital		que foi apresentado neste Hospital	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																								
Av. Brg. Eduardo Gomes, 5/N																								
Novo Prédio Tel (95) 2121-0620																								
AUTENTICAÇÃO																								
13 MAIO 2017																								
Certifico que o(a) paciente																								
côpia é feita Reprodução Digital																								
que foi apresentado neste Hospital																								
Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :																							
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: adao Data Hora: 17/03/2020 00:00:58																								
<small>© 2005 - OTech - Soluções em Tecnologia          Rua 4.255 - 01 - 0420</small>																								



(Ass) Dr. Fabri

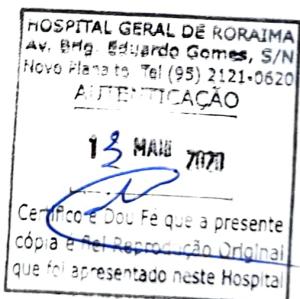
27 viciu de acidente trânsito (52C)

+ evolução Fx tibia distal (E)

3 malformações, reta H/C, mísere P/TB,

mísere, retom exa 6t

Dr. Márcio Aguiar  
Médico Presidente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1006





## 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:

G32.515.312-04

4 - Nome completo da vítima:

Enriqe Silve Andes Batistot

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

5 - Nome completo:

Enriqe Silve Andes Batistot

6 - CPF:

632.515.312-04

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

A v. São Jose  
Bea Vista

9 - Número:

632

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Alvorada

12 - Cidade:

Bea Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.300000

15 - E-mail:

ENRIQUE@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(65) 9880-5368

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: 3906

CONTA: 11738

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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

Sim

29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?

Não

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

Sim

nascituro (vainascer)?

Não

31 - Vítima

Sim

teve irmãos?

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Não

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)

40 - Local e Data,

Boa Vista - RR, 15/06/2020

Enrique Silve Andes Batistot

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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: PJDDQY TF9KJ 444Q9 6278Y3



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DC ORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12 que trata da prevenção à lavagem de dinheiro pelo mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento da indenização. 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<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS E VADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ARRATA, CAPITALIZAÇÃO E RESSSEGURADO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, AVISCAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Elenice Silveira Andrade Batistot

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512/09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elenice Silveira Andrade Batistot inscrito (a) no CPF sob o Nº 632.515.312/04,

do sinistro de DPVAT col. ertura Inválitez da Vítima Elenice Silveira Andrade Batistot

inscrito (a) no CPF sob o Nº 632.515.312/04, 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, juntar a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Esou 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>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail:	<u>ILOIRRRA@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(65) 98404-5363</u>

Local e Data: Boa Vista - RR

Assinatura da declarante



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Julho de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200219104

Vítima: ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT

Data do Acidente: 16/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000011738-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Seguradora Lider 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 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					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
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					

