



Abhner Santos  
Advocacia e Consultoria

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA**

Nome completo: Eniilce Silva Auedes Batistot  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada  
Profissão: Manicure e Pedicure RG: 187.318 SSP/RR  
CPF: 632.515.312 - 04 Endereço: Avenida São José - //  
- // - // - // - // - // Nº: 632  
Bairro: Alvorada CEP: 69.317 - 180 Município: Boa Vista / RR  
Telefone: (95) 99.120 - 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.

Eniilce Silva Auedes 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: 197.318 SSP/RR  
CPF: 632.515.312-04 Endereço: Avenida São José - 1  
11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 Nº: 632  
Bairro: Alvorada CEP: 69.317-180 Município: Boa Vista / RR  
Telefone: (95) 99120 - 5114 E-mail: iloirr@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.

Erenilce SILVA Aredes Batistot

**Declarante**



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

|                |                              |
|----------------|------------------------------|
| NOME:          | Erenice Silva Aredes Batista |
| NACIONALIDADE: | Brasileira                   |
| PROFISSÃO:     | Autônoma                     |
| IDENTIDADE:    | 187318 SSP/RR                |
| ENDEREÇO:      | Av. São José, 632, Alharado  |

### OUTORGADO

|                |  |
|----------------|--|
| NOME:          | Ilson Inacio de Souza                  |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro                             |
| PROFISSÃO:     | Autônomo                               |
| IDENTIDADE:    | 114.807 SSP/RR                         |
| ENDEREÇO:      | Rua. Antonio P. Gollão, 1832, Buritina |

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 Invalidez, vítima: Erenice Silva Aredes Batista

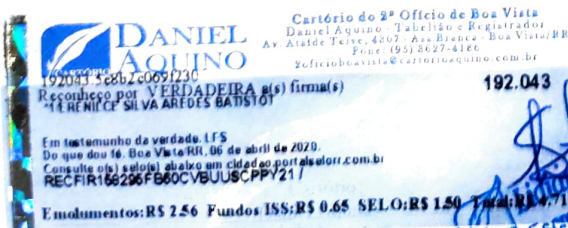
Boa Vista - RR, 06/04/2020

LOCAL E DATA

ERENICE SILVA Aredes Batista

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ

  
Polegar Direito

**Erenilce SILVA A. Batistot**

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **187318** DATA DE EXPEDIÇÃO **01/03/2018**

NOME **ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT**

FILIAÇÃO **ERENILDES GOMES AREDES  
LAURA DA SILVA AREDES**

NATURALIDADE **BOA VISTA - RR** DATA DE NASCIMENTO **17/06/1978**

DOC. ORIGEM **CERTD CAS 8122 FLS 122 LIV B-41  
BOA VISTA - RR**

CPF **632.515.312-04**

**2ª VIA**

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Porteiro Papeteroengenheiro do Polícia Civil  
Diretor da AOC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





# CAIXA

COOPERANÇA

6277 8015 0678 1472

6277

VALIDDATE

3906 013 0001 738 8 12/20

ERENILCE SILVA AREDES

elo





**RORAIMA ENERGIA S.A.**  
Av. Capitão Ene Carreza, 601 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 74.007.022-9  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 360/13

**SEU CÓDIGO**  
0078717-5

**Nº da Nota Fiscal** 4753198

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

**CONTA MÊS**

**VENCIMENTO** 28/03/2020

**CONSUMO (kWh)** 157

**TOTAL A PAGAR (R\$)** 151,60

**ALVILINA GOMES DE ABREU**  
AV. SÃO JOSE 632 - ALVORADA  
CEP: 69.317-190 - BOA VISTA

**CPF:** 00033451494353

| DADOS DA LEITURA (KWH)      |       | DATAS DA LEITURA |            | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |             |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|------------------------------|-------------|
| Atual:                      | 19306 | Atual:           | 10/03/2020 | Grupo/Subgrupo:              | 1.1.1.1     |
| Anterior:                   | 19149 | Anterior:        | 06/02/2020 | Classe/Subclasse:            | RESIDENCIAL |
| Dias de consumo:            | 33    | Próxima leitura: | 10/04/2020 | Ligação:                     | MONO        |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Emissão:         | 09/03/2020 | Número Medidor:              | 12EDM00310  |
| Consumo medido:             | 157   | Apresentação:    | 10/03/2020 | Forma de Faturamento:        | NORMAL      |
| Consumo Faturado:           | 157   |                  |            | Modalidade:                  | N 1423489   |

**DESCRIÇÃO DA COTA**

CONSUMO 157 A R\$ 0,764425 = 120,01

ILUMINACAO PUBLICA 31,59

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 157 - 0,617770

Media 12 meses: 150

**HISTÓRICO DE MEDIÇÃO**

| Mês    | Consumo (kWh) |
|--------|---------------|
| MAR/19 | 121           |
| ABR/19 | 141           |
| MAI/19 | 145           |
| JUN/19 | 132           |
| JUL/19 | 187           |
| AGO/19 | 166           |
| SET/19 | 161           |
| OUT/19 | 148           |
| NOV/19 | 140           |
| DEZ/19 | 155           |
| JAN/20 | 167           |
| FEB/20 | 147           |
| MAR/20 | 157           |

**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

LIQUE 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.

**RESERVADO AO FISCO** 5DDE.23B7.05F5.77D2.0959.2E6E.8E90.2C05

| COMPOSIÇÃO DA COTA - R\$ |       | IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$ |        |
|--------------------------|-------|------------------------------|--------|
|                          |       | ALÍQUOTA                     | VALOR  |
| Energia:                 | 64,90 | ICMS:                        | 17,00% |
| Distribuição:            | 28,43 | PIS:                         | 0,38%  |
| Transmissão:             | 0,00  | COFINS:                      | 1,79%  |
| Encargos:                | 0,67  |                              |        |
| Tributos:                | 23,01 |                              |        |
|                          |       | Base de Cálculo:             | 120,01 |
|                          |       |                              | 20,40  |
|                          |       |                              | 0,46   |
|                          |       |                              | 2,15   |

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

|           | DIC    |            |       | IIC    |            |       | DMIC   | DICRI  |
|-----------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|--------|
|           | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Mensal |
| Limite    | 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 Polícia: 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**

Município: 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 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira Idade:

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Telefone: (95) 98404-0575 (Celular)

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo</b> Veículo                   | <b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta           |
| <b>Descrição</b> MOTOCICLETA           | <b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 632.515.312-04 |
| <b>Placa</b> NAP4607                   | <b>Renavam</b> 01091932465                     |
| <b>Número do Motor</b> JC70E0G011900   | <b>Número do Chassi</b> 9C2JC7000GR011896      |
| <b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2016/2016 | <b>Cor</b> VERMELHA                            |



Delegado de Polícia Civil: Candida Alzira Bentes de Magalhaes Senhoras  
Impresso por: Elnelson Aguiar Dos Santos  
Data de Impressão: 23/04/2020 11:33  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA 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

| Nome Envolvido                 | Envolvimentos |
|--------------------------------|---------------|
| 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 VEICULO, SEGUNDO A COMUNICANTE A MESMA DESMAIOU VINDO A SOFRER FRATURAS NO PÉ ESQUERDO E VARIAS LESÕES NAS PERNAS, QUE O IRMÃO DA CONDUTORA DO VEICULO, 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

Agente de Polícia  
Matrícula 42000746

Responsável pelo Atendimento

Erenilce Silva Aredes Batistot

(Comunicante / Vítima)

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



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

Art Dr Fabri

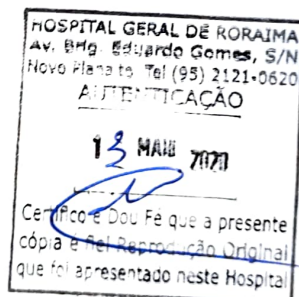
27 vídeo de acidente trânsito (57C)

+ evidência Fx telha solta (E)

8. malgema, retina Hx, murcio PIR,

malgema, retorno ao Ut

Dr. Marcos Aguiar  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 1095







## 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:

632.515.312-04

4 - Nome completo da vítima:

Emenilde Silva 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:

Emenilde Silva Andes Batistot

6 - CPF:

632.515.312-04

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

A.O. São José

9 - Número:

632

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Alvorada

12 - Cidade:

Bea Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.30000-0

15 - E-mail:

ELOI.RRR@HOTMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

(69) 38404-5368

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 11738

8

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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, Bea Vista - RR, 15/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## 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 no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de 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>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS E RESGATOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Abner Inácio de Souza

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

Emilce Silva Mendes Batista inscrito (a) no CPF sob o Nº 632.515.312 / 04

do sinistro de DPVAT com a seguradora Imovalindes da Vítima Emilce Silva Mendes Batista

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: em 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>Buritis</u>                  | Cidade: <u>Bea Vista</u> | Estado: <u>RR</u>                 |
| E-mail: <u>ILHERRER@HOTMAIL.COM</u>     | CEP: <u>69.309-209</u>   | Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5363</u> |

Local e Data: Bea Vista - RR

Assinatura do 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, retorne 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

Pag. 00559/00560 - carta\_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8GR FPPAW 9UGFC H7GTK

**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 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 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   |               |               |              |              |                |

