



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Jorge Luis Pereira Helmer
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: casado
Profissão: Rec. Enfermagem RG: 3572242 SSP/RR
CPF: 001.713.062-01 Endereço: Rua: Caubi Brasil Magalhães Nº: 1343
Bairro: Senador H. Campos CEP: 69316-518 Município: Boa Vista / RR
Telefone: () _____ E-mail: JorgeHelmer@gmail.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, 15 de outubro de 2020.

x Jorge Luis P. Helmer
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo: Jorge Luis Pereira Helmer
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: casado
Profissão: Téc. Enfermagem RG: 3572242 SSP/RR
CPF: 001.713.062-01 Endereço: Rua. Caubi Brasil Magalhães Nº: 1343
Bairro: Senador H. Campos CEP: 69316-518 Município: Boa Vista / RR
Telefone: () _____ E-mail: JorgeHelmer@gmail.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, 15 de outubro de 2020.

Jorge Luis P. Helmer
Declarante

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
JORGE LUIS PEREIRA HELMER					
		DOC IDENTIDADE / ORG EMISSORA SS72242 SESP RR			
		CPF 001.713.062-01	DATA NASCIMENTO 05/09/1992		
		FILIAÇÃO JOSE LUIS HELMER MARIA APARECIDA LIMA PEREIRA			
		PERMISSÃO 	ACC 	CAT. HAB AB	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1751003100		Nº REGISTRO 06128645327	VALIDADE 21/02/2024	P HABILITAÇÃO 24/07/2014	
OBSERVAÇÕES EAR					
 ASSINATURA DO PORTADOR					
LOCAL BOA VISTA, RR		DATA DE EMISSÃO 21/02/2019			
		IGO GOMES BRASIL DIRETOR PRESIDENTE DETRAN-RR		56714175000 RR210050640	
ASSINATURA DO EMISSOR					
					
RORAIMA					
					

PROIBIDO PLASTIFICAR
1751003100



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Jorge Luis Pereira Helmer
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	tecnico em enfermagem
IDENTIDADE:	3572242 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Caubir Brasil Magalhães, 1343, Setor Helió campos

OUTORGADO

NOME:	Glaci Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P. Galvão, 1832 Bueritês

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: 05/11/2019, cobertura Invalidez, vítima: Jorge Luis Pereira Helmer
Boa Vista - RR 08-04-2020

LOCAL E DATA

x Jorge Luis P. Helmer

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



192.282
Lidiane Silva Lopes
Escritor Autorizada

RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série R-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0073636-8

Nº DA NOTA FISCAL 5790006 FEMP*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.418 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	21/09/2020	468	426,53

JORGE LUIS PIREIRA HEIMER
CPF: 00000171306201
R. CAUBI BRASIL MAGALHAES 1343 Q 377 - SENADOR HELIO CAMPOS
CEP: 69.316 518 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 13/08/2020 Anterior: 15/07/2020 Próxima leitura: 14/09/2020
Emissão: 12/08/2020 Apresentação: 18/08/2020 Dias de consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.4.1.1	RESID. BX. RENDAMONOF	TUB2026366	NORMAL	CONVENC	

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	733							
Leit. Anterior	265							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	468							
Faturado:	468							

DESCRIÇÃO DA CONTA

	30 A R\$	70 A R\$	120 A R\$	248 A R\$
CONSUMO	0,266097 = 7,98	0,456173 = 31,93	0,684266 = 82,11	0,760288 = 188,55
PARCELAMENTO COSIP 2/24				37,19
CORR MONLTARIA TCD (IG 2/24				0,97
PARCELAMENTO DE DEBITO 2/24				52,88
ILUMINACAO PUBLICA				24,92

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 30	- 0,209140
31 A 100	- 0,359530
101 A 220	- 0,537500
221 A 468	- 0,597550

Média 12 meses: 56

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

Parabéns! Até o dia 12/08/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 08A6.C4AE.97FE.C878.0F3C.1C99.87B6.4FB1

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE			
Energia:	163,33	DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Distribuição:	71,53	Limite	8,85	17,70	35,40
Transmissão:	0,00	Realizado	5,17		
Encargos:	9,25	FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Perdas:		Limite	8,46	16,92	33,84
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		Realizado	5,00		
Base de Cálculo:	310,57	DMIC	Mensal	DICRI	Trimestral
ALÍQUOTA	VALOR	Limite	4,82	Realizado	
ICMS:	17,00%	Realizado	2,02		
	52,79				



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência Nº: 10397/2020 - Registrado em: 04/09/2020 às 13h 12min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 05/11/2019 às 14h 00min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: CAUBI BRASIL MAGALHÃES

Nº: S/N

CEP:

Bairro: DOUTOR SILVIO BOTELHO

Tipo de local:

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

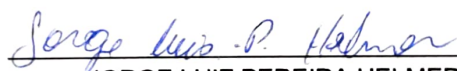
JORGE LUIZ PEREIRA HELMER (28), nascido(a) em 06/09/1992, sexo MASCULINO, casado(a), exercendo a profissão de TECNICO(A), EM ENFERMAGEM, CPF Nº 001.713.062-01, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de MARIA APARECIDA LIMA PEREIRA e JOSE LUIZ HELMER, endereço: CAUBI BRASIL MAGALHÃES, Nº: 1343, bairro: SENADOR HELIO CAMPOS, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99111-7816.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A HONDA/CG 125 TITAN, ANO:1998/1999, PLACA:NAI-0191, COR AZUL, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO TRAFEGAVA NO ENDERÇO E HORÁRIO ACIMA CITADOS AO CHEGAR AO CRUZAMENTO COM A RUA S.2 COLIDIU-SE COM OUTRA MOTO QUE SURTIU REPENTINAMENTE EM SUA FRENTE, COM O IMPACTO CAIU SOFRENDO TRAUMA EM SEU OMBRO ESQUERDO, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HGR, ESTE É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 4200043 ?
ASSINADO ELETRONICAMENTE


JORGE LUIZ PEREIRA HELMER
COMUNICANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013746717883
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 COD. RENAVAM: 00711420955 RNTRC: EXERCÍCIO: 2018

NOME: JORGE LUIS PEREIRA HELMER

CPE/CNPJ: 001.713.062-01 PLACA: NAI0191

PLACA ANT/UF: N O V A RR CHASSI: 9C2JC250XWR096507

ESPECIE TIPO: FRO/NOTOCICLET/MAD APLIC. COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 TITAN ANO FAB: 1998 ANO MOD: 1999

CAP/POT/CIL: 2P/0124CC/ CATEGORIA: PARTICU COR PREDOMINANTE: AZUL

COTA ÚNICA: *ISENTO* VENC. COTA ÚNICA: ***** VENC/COTAS: 1ª *****
FAIXA IPVA: PARCELAMENTO/COTAS: 2ª *****
ISENTO (+ DE 10 ANOS) 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): R\$0.7 IOF (R\$): R\$185.5 PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A MAZ OCID LEI... DETRAN-RR

LOCAL: BOA VISTA-RR DATA: 27/08/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

RR Nº 013746717883 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 27/08/2018
VIA: 01 CPF / CNPJ: 001.713.062-01 PLACA: NAI0191

RENAVAM: 00711420955 MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB: 1998 CAT. TARIF: 9 Nº CHASSI: 9C2JC250XWR096507

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): R\$81.29 DENATRAN (R\$): R\$9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$): R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$): R\$4.15 IOF (R\$): R\$0.7 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$): R\$185.5

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

013746717883
58520828890

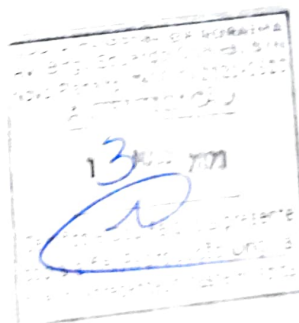
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação		Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde									
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE									
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308									
1901182878	05/11/2019 14:55:15	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		33	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
JORGE LUIS PEREIRA HELMER		06/09/1992		27 A 1 M 29 D		706408386458690		00171306201	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDADE		3572242		SSP/ RR				M	
Mãe		M		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade	
MARIA APARECIDA LIMA PEREIRA				SEM		INFORMAÇÃO		BRASILEIRA	
Endereço		JOSE LUIS HELMER		Contato		(95) 99168-1018		Ocupação	
RUA - CAUBI BRASIL DE MAGALHAES - 1343 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR								NÃO INFORMADA	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA						Peso	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL						ANTONIA.SOARES	
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
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 - ____:____h)									
Paciente refere acidente em rede pública moto x moto um perdo de continuidade. Mo de acidente.									
Exame Físico									
Membro superior esquerdo imobilizado.									
Hipótese Diagnóstica									
Trauma de ombro esquerdo.									
SADT - Exames Complementares									
<input 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:							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
Prescrição de Roraima, Roraima, Ombro esquerdo									
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA									
AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N									
Novo Plano Tel: (95) 2121-0620									
AUTENTICAÇÃO									
1 2 MAR 2020									
Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital.									
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 type="checkbox"/> Transferência para:		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									
Impresso por: antonia.soares									
Data Hora: 05/11/2019 14:56:15									
Carimbo e Assinatura do Médico									
Cirurgião Geral									
CRM-PR 1844 ROE 801									
1901182878									

Intenção
Fx Clamato (E)
Lunilongo + Alto.

Dr. Fernando Rezende
Médico Residência
Otorrinolaringologia
CRM-RJ 2217





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:

001.713.062-01

4 - Nome completo da vítima:

George Luis Pereira Helmer

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

5 - Nome completo:

George Luis Pereira Helmer

6 - CPF:

001.713.062-01

7 - Profissão:

Doc. Enfermeiro

8 - Endereço:

Rua: Caubi Brasil Magalhães

9 - Número:

1343

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Senador Helio Campos

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316-518

15 - E-mail:

SL01RRR@HOTMAIL.com

16 - Tel. (DDD):

(95) 98403-560

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:

3905

CONTA:

7183

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 (vair 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 16/05/2020

X George Luis P. Helmer

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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 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)

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jorge Luis Pereira Helmer inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.713.062 / 01
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jorge Luis Pereira Helmer
inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.713.062 / 01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buriti</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69309-209</u>	Tel. (DDD): <u>(95)</u>

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

SINISTRO 3200333412 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JORGE LUIS PEREIRA HELMER
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN
CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz
BENEFICIÁRIO JORGE LUIS PEREIRA HELMER
CPF/CNPJ: 00171306201

Posição em 27-10-2020 20:19:43
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/09/2020	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



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 esfincteriano; (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					

