



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Jorge Luis Pereira Helmer
Nacionalidade: Brasileiro **Estado Civil:** Casado
Profissão: Tec. Enfermagem **RG:** 3372242 **SSP/ RR**
CPF: 001.713.062-01 **Endereço:** Rua: Conde Brasil Magalhaes
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, inscrito 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: Brasileiro Estado Civil: Casado
Profissão: Tec. Enfermagem RG: 3572542 SSP/RR
CPF: 001.713.062-01 Enderéço: Rua. Combi Brasil Magalhaes
Nº: 1343
Bairro: Senador M. Campos CEP: 69310-518 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



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: PJTBP AMTVL 4NQVS JK&Y



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Jorge Luís Pereira Helmer

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Técnico em enfermagem

IDENTIDADE: 3572242 SSP-RR

ENDERECO: Rua: Caubir Brasil Magalhães, 1343, Serrado Helo campos
OUTORGADO

NOME: Flávia Inácio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114.807 SSP-RR

ENDERECO: Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Bento

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 Invalides, vítima: Jorge Luís Pereira Helmer

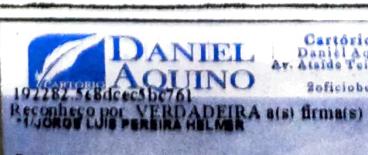
Boa Vista - RR 08-04-2020

LOCAL E DATA


x Jorge Luis P. Helmer

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Em testemunho da verdade, RLFB
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 08 de abril de 2020.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalsejor.com.br
REC/FIR/1802296C3CY03K6FTCHKW42 /

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

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Atílio Teixeira, 4307 - Asa Branca - Boa Vista
Fone: (95) 3627-4188
2oficioboavista@cartorioequino.com.br


192.282-7

RORAIMA ENERGIA		Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO		SEU CÓDIGO																																				
RORAIMA ENERGIA S.A. Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insc. Estadual: 24.007.022-3 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1 Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13				0073636-8																																				
CONTA MÊS		VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)																																				
AGOSTO/2020		21/09/2020	468	426,53																																				
JORGE LUIS PEREIRA HEMMER CPF: 000000171306201 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 RESÍD.BX.RENDAMONOF TDB2026366 NORMAL CONVENC																																								
DADOS DA LEITURA (kWh)																																								
kWh INJETADO kWh INJETADO kWh INJETADO kWh INJETADO Leit. Atual TOT/PTA F PONTA INTERMED. RESERVADO TOT/PTA F PONTA INTERMED. RESERVADO																																								
Leit. Atual 733 Leit. Anterior 265 Constante 1.000 Resíduo Medido 468 Faturado: 468																																								
DESCRIPÇÃO DA CONTA																																								
CONSUMO 30 A R\$ 0,266097 = 7,98 70 A R\$ 0,456173 = 31,93 120 A R\$ 0,684266 = 82,11 248 A R\$ 0,760288 = 188,55 37,19 PARCELAMENTO COSIP 2/24 CORR. MONETÁRIA TCD (IG 2/24) PARCELAMENTO DE DEBITO 2/24 ILUMINACAO PUBLICA																																								
OUTRAS INFORMAÇÕES TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 30 - 0,299140 31 A 100 - 0,559530 101 A 220 - 0,537900 221 A 468 - 0,597550																																								
HISTÓRICO DE MEDAÇÃO																																								
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\$ <table border="1"> <thead> <tr> <th>Energia</th> <th>163,33</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Distribuição:</td> <td>71,53</td> </tr> <tr> <td>Transmissão:</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Encargos:</td> <td>9,25</td> </tr> <tr> <td>Perdas:</td> <td>310,57</td> </tr> <tr> <td>IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$</td> <td>ICMS: 17,00% VALOR: 52,79</td> </tr> </tbody> </table>					Energia	163,33	Distribuição:	71,53	Transmissão:	0,00	Encargos:	9,25	Perdas:	310,57	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	ICMS: 17,00% VALOR: 52,79																								
Energia	163,33																																							
Distribuição:	71,53																																							
Transmissão:	0,00																																							
Encargos:	9,25																																							
Perdas:	310,57																																							
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	ICMS: 17,00% VALOR: 52,79																																							
INDICADORES DE CONTINUIDADE <table border="1"> <thead> <tr> <th>DIC</th> <th>Mensal</th> <th>Trimestral</th> <th>Anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Limite</td> <td>8,85</td> <td>17,70</td> <td>35,40</td> </tr> <tr> <td>Realizado</td> <td>5,17</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>FIC</th> <th>Mensal</th> <th>Trimestral</th> <th>Anual</th> </tr> <tr> <td>Limite</td> <td>8,46</td> <td>16,92</td> <td>33,84</td> </tr> <tr> <td>Realizado</td> <td>5,00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>DMIC</th> <th>Mensal</th> <th>DICRI</th> <th>Mensal</th> </tr> <tr> <td>Limite</td> <td>4,82</td> <td>Limite</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Realizado</td> <td>2,02</td> <td>Realizado</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					DIC	Mensal	Trimestral	Anual	Limite	8,85	17,70	35,40	Realizado	5,17			FIC	Mensal	Trimestral	Anual	Limite	8,46	16,92	33,84	Realizado	5,00			DMIC	Mensal	DICRI	Mensal	Limite	4,82	Limite		Realizado	2,02	Realizado	
DIC	Mensal	Trimestral	Anual																																					
Limite	8,85	17,70	35,40																																					
Realizado	5,17																																							
FIC	Mensal	Trimestral	Anual																																					
Limite	8,46	16,92	33,84																																					
Realizado	5,00																																							
DMIC	Mensal	DICRI	Mensal																																					
Limite	4,82	Limite																																						
Realizado	2,02	Realizado																																						





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA 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 N°: 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 SURGIU 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 POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

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

Jorge Luis P. Helmer
JORGE LUIZ PEREIRA HELMER
COMUNICANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013746717883

VIA	CÓD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
01	00711420955		2018

NOME
JORGE LUIS PEREIRA HELMER

CPF/CNPJ	PLACA
001.713.062-01	NAI0191

PLACA ANT./UF	CHASSI
NOVA RR	902J0250XWR096507

ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL
HOGAR/CICLOLET NÃO APLIC.	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/DG 125 TITAN	1998	1999

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

COTA UNICA	VENC COTA ÚNICA	VENC/COTAS
I P V A * ISENTO *	*****	1º ***** 2º ***** 3º *****

FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS
ISENTO (+ DE 10 ANOS)	

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

Assinatura do Detran-RR

DESENHOS / OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A
MAZ OCID LEIA DETRAN-RR LOTE 271

* DETRAN-RR

LOCAL DATA

BOA VISTA-RR 27/08/2018

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS 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	DATA EMISSÃO
2018	27/08/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	001.713.062-01	NAI0191

RENAVAM	MARCA / MODELO
00711420955	HONDA/DG 125 TITAN

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
1998	9	902J0250XWR096507

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
013746717883
58520828890

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1 ^a Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:

1901182878	05/11/2019 14:55:15	FICHA DE ATENDIMENTO				TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	33
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
JORGE LUIS PEREIRA HELMER		06/09/1992	27 A 1 M 29 D	706408386458690	00171306201	00140782		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade	
IDENTIDADE	3572242	SSP/ RR		M		SEM	BRASILEIRA	
Mãe						INFORMAÇÃO		
MARIA APARECIDA LIMA PEREIRA								
Endereço								
RUA - CAUBI BRASIL DE MAGALHAES - 1343 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR								
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	Pressão		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Setor	Type 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							

"Acidente moto x moto"

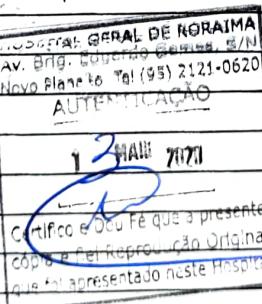
Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
<i>Paciente refere acidente em rede quebrou moto x moto no mês de novembro. Foi de ceguete.</i>

Exame Físico
<i>Membres superiores erguido imobilizado.</i>

Hipótese Diagnóstica
<i>Fracasso M/ membros erguidos.</i>

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
<i>Collecto Rx de Tórax, Abdômen, membros erguidos</i>		
 <p><i>13/11/2019</i></p> <p><i>Caráctico e fui fez que a presente</i> <i>cópia é feita para o original</i> <i>cópia é feita para o original</i> <i>que foi apresentado neste hospital</i></p>		

Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedia</i>	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 / / : :

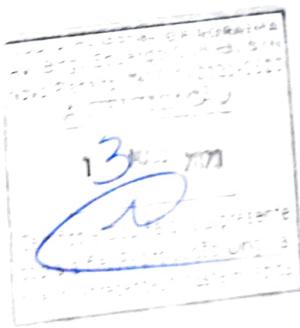
Assinatura do Paciente ou Responsável	<i>[Signature]</i>
Impresso por: antonia.soares	Carimbo e Assinatura do Médico
Data Hora: 05/11/2019 14:56:15	<i>[Signature]</i>
Software: Automação Administrativa Versão: 1.0.0.2 - 01/01/2018	CRM/PR 1644 ROE 801
	Barcode: 1901182878



* Glutopan
Fx Clavul.

Guanidino + Álcool

Dr. Fernando Henrique
Med. de Hosp. de
Saúde e Trabalho
CAMPANHA





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: 4 - Nome completo da vítima:

001.713.062-01 Jorge 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: Jorge Luis Pereira Helmer
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-518
 15 - E-mail: jld1prr@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (65) 38403-5060

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: 3905 CONTA: 7183 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Ben Vist - RR 16/10/2020

Jorge Luis L Helmer

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
 FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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)

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/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 Ilan 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:

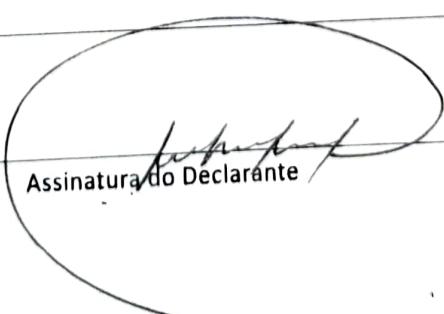
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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> CEP: <u>69309-209</u>
E-mail:	<u>IL01RRR@HOTMAIL.COM</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 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 prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

