



Abhner Santos  
Advocacia e Consultoria

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA**

Nome completo: Bruna Gabriele dos Reis Pires  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira  
Profissão: Desempregada RG: 3250288 SSP/RR  
CPF: 998.264.682 - 49 Endereço: Rua Libra, s/n, Quadra 75, BL  
X2, Apartamento 206 Nº: s/n  
Bairro: Cidade Satélite CEP: 69.317 - 520 Município: Boa Vista / RR  
Telefone: (95) 99 170 - 4370 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 judicium*, 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, 19 de novembro de 2020.

x Bruna Gabriele R. Pires

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: Bruna Gabriële dos Reis Pires  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira  
Profissão: Dosempregada RG: 3250288 SSP/RR  
CPF: 988.264.682 - 49 Endereço: Rua Libra, Quadra 75, Bloco  
K2, Apartamento 206 Nº: s/n  
Bairro: Cidade Satélite CEP: 69.317 - 520 Município: Boa Vista /RR  
Telefone: (45) 99170 - 4370 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, 19 de novembro de 2020.

x Bruna Gabriële R. Pires  
Declarante



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

NOME:	Bruna Gabriela dos Reis Lins
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	3250288
ENDEREÇO:	Rua Libra S/N Q75 BL K2 AP206 Cidade Satélite

### OUTORGADO

NOME:	Ilair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807 SSP/RJ
ENDEREÇO:	Rua Antônio Pinheiro Galvão 1832 Buites

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: 01 / 02 / 2020, cobertura Invalidez, vítima: Brunna Gabriela dos Reis Lins

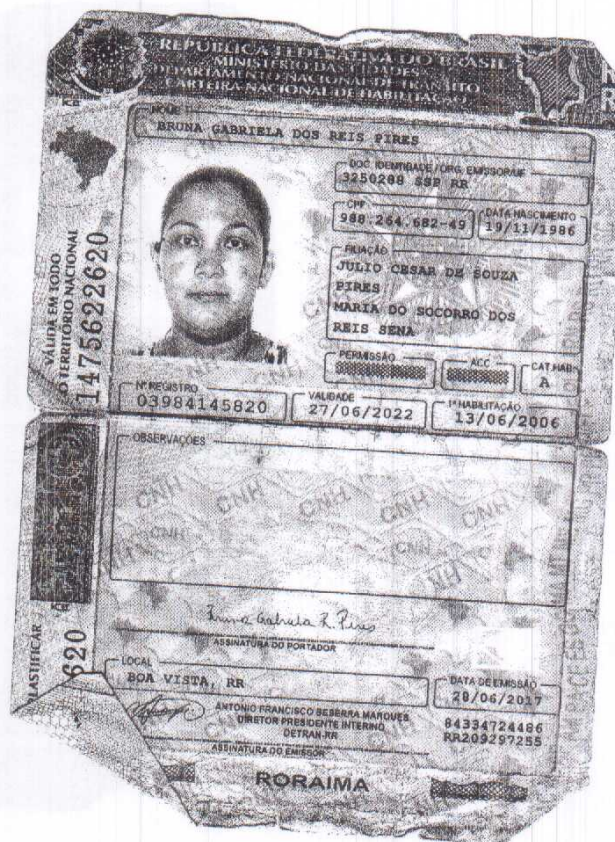
Boa Vista - RJ, 20/05/2020

LOCAL E DATA

x Brunna Gabriela R. Lins

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





**RORAIMA ENERGIA**  
RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Garcia, 651 - 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

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

**SEU CÓDIGO**  
0123636-9

Nº da Nota Fiscal: 4847270

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE (placada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002) FEMP\*

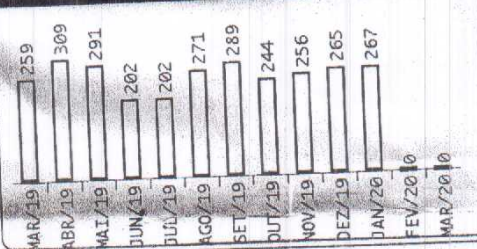
CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/2020	01/04/2020	50	142,06

CONJ: RESIDENCIAL MAKU

MARUNA GABRIELA DOS REIS PIRES  
R. LIBRA S/N Q 75 BL K2 AP 206 - CIDADE SATELITE  
CIP: 69.317-520 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	16597	Atual:	14/03/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	16597	Anterior:	10/02/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	33	Próxima leitura:	13/04/2020	Ligação:	BIFÁSICA
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	19/03/2020	Número Medidor:	14EDB08431
Consumo medido:	0	Apresentação:	27/03/2020	Forma de Faturamento:	MINIMO
Consumo Faturado:	50	Modalidade:			0 1420212

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	50 A R\$ 0,631569 =	31,57
CORR MONETARIA TCD (IG 8/12)		3,37
PARCELAMENTO DE DEBITO 8/12		81,85
ISENÇÃO ICMS 6,49		25,27
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDIÇÃO	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 50 - 0,617770			
Média 12 meses: 232			

**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 11/04/2020, em função das contas reaviscadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA, informamos ainda existirem contas vencidas e já reaviscadas no valor de R\$ 2.095,69 (valor Histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$  
02/2020 316,79

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

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	Encargos:	Distribuição:	20,66	Base de Cálculo:	ICMS:
Transmissão:	Tributos:	0,00	0,68	PIS:	0,38%
				COPINS:	0,77%

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
	DIC		FIC		DICRI
	Mensal	Anual	Mensal	Anual	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92
Realizado	0,00			0,00	
Conjunta	LORESTA		Período de apuração: 01/2020		Busca: 30,47

ROT: 32.001.24.27.09850

**RORAIMA ENERGIA**  
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA  
Av. Capitão Ené Garcia, 651 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44  
Insc. Estadual: 24.007.022-3

**SEU CÓDIGO**  
0123636-9


**MÊS FATURADO**  
03/2020

**TOTAL A PAGAR - R\$**  
142,06

**VENCIMENTO**  
01/04/2020

Nº da Nota Fiscal: 4847270 FEMP\*

83600000001 5 42060075000 4 00000000123 0 63690320008 8









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: 3125/2020 - Registrado em: 14/05/2020 às 17h 12min

**FATO(S) COMUNICADO: DANO**

Data/hora do Fato: 01/02/2020 às 16h 00min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: CICERO CORREA DE MELO FILHO

Nº: S-N

CEP: 69313-592

Bairro: UNIÃO

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: PROXIMO A PANIFICADORA PIMENTEL

Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES(33), nascido(a) em 19/11/1986, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de ATENDENTE, CPF Nº 988.264.682-49, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de MARIA DO SOCORRO DOS REIS SENA e JULIO CESAR DE SOUZA PIRES, endereço: LIBRA, cep: 69317-520, Nº: S-N, bairro: CIDADE SATELITE, BOA VISTA-RR, complemento: QUADRA 75, BL K2 - APART. 206, referência: PROXIMO A UMA ACADEMIA, Telefone: (95) 99170-4370.

**OBJETOS**

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	ACIDENTE DE TRANSITO - COMUNICANTE VITIMA COM FRATURAS NA MÃO DIREITA, JOELHO E TORNOZELO DIREITO.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA A COMUNICANTE (VITIMA), QUE ESTAVA NA SUA MOTOCICLETA FAM 125 HONDA DE PLACA JXY - 6014 TRAFEGANDO NA RUA ACIMA INDICADA EM DIREÇÃO A AVENIDA CARLOS PEREIRA DE MELO, QUANDO O CONDUTOR DE UM AUTOMÓVEL SAVEIRO QUE ESTAVA NA SUA FRENTE, FEZ UMA MANOBRA BRUSCA PARA ESQUERDA SEM UTILIZAR SETAS NO INTUITO DE ADENTRAR EM UM IMÓVEL, LEVANDO A COMUNICANTE A SE CHOCAR NA LATERAL DO VEICULO, CAUSANDO O ACIDENTE, ONDE A COMUNICANTE SOFREU ALGUMAS FRATURAS, EM SUA MÃO DIREITA, JOELHO E TORNOZELO DIREITO. É O RELATO.

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

JOSÉ R. C. ARAÚJO  
POLICIAL CIVIL  
MATRÍCULA: 42000432  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

*Bruna Gabriela*

BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES  
COMUNICANTE

01/02/2020

...: Guia de Atendimento 17 ...:



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

1ª Classificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.:  
Reclassificação

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.:  
Reclassificação

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.:  
Reclassificação

Visto  
um

2001215762 01/02/2020 16:19:37

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 28

Paciente  
**BRUNA GABRIELA DOS REIS**

Data Nascimento  
**19/11/1986**

Idade  
**33 A 2 M 12 D**

CNS

CPF

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

F

Estado Civil

NAO INFORMADO

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

Nacionalidade

BRASILEIRA

Contato

Ocupação

Mãe

NAO INFORMADO

Endereço

RUA - FELIX VALOZ DE ARAUJO - 140 - CARANA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

COLISAO ENTRE VEICUL

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

RESGATE

Procedimento Sol.

Registrado por:

SOUSA

Queixa Principal

Acidente de moto

☐ Síndrome Febril

☐ Sintomático Respiratório

☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Paciente foi encontrado pelo SAMU, com esvaziamento em MMIO e MMDO. Localizado em 2º e 3º quadrantes. Após colisão moto carro.

Exame Físico

BE6, Mido toda, Normotensa, A.A.A.

Arvia aerea perfurada, sem coloração

Bil M + SI PA

D: 6:15, Perceção normal

Hipótese Diagnóstica

Localizado em 2º e 3º quadrantes.

E: Escoadas em MMIO e MMDO. Localizado em 2º e 3º quadrantes.

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1- Sutura + limpeza

2- Dipirona 1g EV

3- Tilotil 40 mg EV

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Mankita Tel (95) 3121-0620  
AUTENTICAÇÃO

29 ABR 2020

Certifico e dou fe que a presente  
cópia é fiel reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

Conduta

☒ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: sousa  
Data Hora: 01/02/2020 16:24:15

© 2020  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Mankita Tel (95) 3121-0620



2001215762



Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
988.264.682-48		988.264.682-48	Bruna Gabriela dos Reis Pires
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:		6 - CPF:	7 - Profissão:
Bruna Gabriela dos Reis Pires		988.264.682-48	autônomo
8 - Endereço:		9 - Número:	10 - Complemento:
Rua: Iguatema		510	
11 - Bairro:		12 - Cidade:	13 - Estado:
Cidade Santa Rita		Boa Vista	RR
14 - CEP:		15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):
		IL01RRR@HOTMAIL.COM	(95)98404-5368
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:		19 - Profissão 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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RLCUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS:			
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
Nome do BANCO:			
AGÊNCIA: 3027 CONTA: 30323			
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)			
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 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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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:			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li><li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li><li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li></ul>			
Assinto 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 discordo do seu conteúdo			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Estado civil da vítima:		24 - Data do óbito da vítima:	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos?		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
30 - Vítima deixou nascituro (vairnascer)?		31 - Vítima teve irmãos?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		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, 22/10/2020			
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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - 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 Ilar Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.05.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Bruna Gabriela dos Reis Pires inscrito (a) no CPF sob o Nº 988.264.682 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Bruna Gabriela dos Reis Pires

inscrito (a) no CPF sob o Nº 988.264.682 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: Rua Antônio Rincão Galvão

Bairro: Buites

Cidade: Boa Vista

Número: 1832

Estado: RR

Complemento:

CEP:

Tel.(DDD):

E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COM

69.309-209  
(95) 99154-4282

Local e Data: Boa Vista - RR, 22/03/2020

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, 12 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200188162**

**Vítima: BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES**

**Data do Acidente: 01/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 01/02/2020, emitida pelo Dr. VICTOR CORREA COSTA, CRM nº 2143 - RR, da Instituição HOSP. GERAL DE RORAMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00013/00014 - carta\_31 - INVALIDEZ



Carta nº 15851916

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: PJ6NQJBSCV/KHMZ5 Q5G23



**Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT**  
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br  
R. Senador Dantas 74, 5º andar  
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



## ANEXO 1

### TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

