



Abhner Santos  
Advocacia e Consultoria

**PROCURAÇÃO ADJUDICIA**

Eu, Rodrigo Lourença Peixoto PROFISSÃO: Professor  
ESTADO CIVIL: Casado, FONE: (95) 98123-4479,  
E-MAIL: rodrigolourenca@gmail.com RG: 310679-9  
SSP-RR e CPF: 868.588.402-06, RESIDENTE Á  
RUA: Av. Jandira, Imigá Bl 12, AP 402 N° 686,  
BAIRRO: Cidade Satélite, pelo presente instrumento procuratório,  
nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, 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, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 22 de Abril de 2019.

Outorgante

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

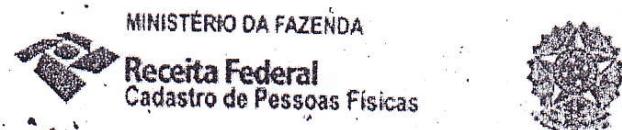
OUTORGANTE: José Hugo Lameira Peres  
ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Professor  
RG N° 310679-9 SSP/RR CPF: 868.588.402-06  
ENDEREÇO: Av. Jardim N° 686, Condomínio  
Imoga Bl 12, AP 402.

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, 22 de Abil de 2019.







COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**868.588.402-06**

Nome  
**RODRIGO LAURENA PEREIRA**

Nascimento  
**01/01/1989**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

28 NOV. 2018



CÓDIGO DE CONTROLE  
A553.9743.B988.66F†

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela:  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:56:36 do dia 20/03/2014 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00



## REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

### 1º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO CIVIL, TÍTULOS E DOCUMENTOS PESSOAS JURÍDICAS E PROTESTOS DE TÍTULOS

Tabelião - Bel. Deusdete Coelho Filho  
Substitutos - Bela. Rita de Cássia Mello Coelho  
Escreventes - Maria de Jesus de Souza Rocha  
Bela. Áurea Virginia Mello Coelho  
Nádia Socorro Pinho Oliveira  
José Sales Rebouças

Av. Ville Roy, 5623 - Centro - CEP: 69.301-001 - Tel: (95) 3224-3327 - Fax: (95) 3623-1145 - CNPJ: 84.050.038/0001-69  
E-mail: tabdeus1@hotmail.com  
Boa Vista - Roraima

## CERTIDÃO DE CASAMENTO

Certifico que, no Livro nº B-35, às folhas 225 e termo nº 10631, de ASSENTO DE CASAMENTO deste Tabelionato e Registro Civil das Pessoas Naturais - 1º Ofício, consta que no dia 12/12/2008, às 15:30 horas, foi lavrado o casamento de:

**RODRIGO LAURENA PEREIRA e MARIANA NERES CAVALCANTE**

contraído perante o Juiz de Paz Dr. Itamar Afonso Lamounier e as testemunhas legais constantes do termo.

**ELE**, nascido em Tucuruí-PA, ao primeiro dia do mês de janeiro do ano de um mil e novecentos e oitenta e nove, moto boy, domiciliado e residente em Boa Vista-RR, filho de REGINALDO LOPES PEREIRA e ALCIONEIDE DA SILVA LAURENA;

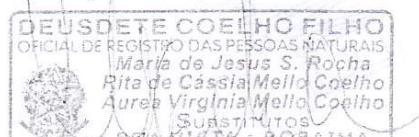
**ELA**, nascida em Bacabal-MA, aos vinte e nove dias do mês de novembro do ano de um mil e novecentos e oitenta e oito, vendedora, domiciliada e residente em Boa Vista-RR, filha de MANOEL PEREIRA CAVALCANTE e PATRICIA NERES CAVALCANTE.

A contraente passa a assinar **MARIANA CAVALCANTE LAURENA**  
O contraente permanecerá com o mesmo nome **RODRIGO LAURENA PEREIRA**  
Foi adotado o regime de **COMUNHÃO UNIVERSAL DE BENS**, de acordo com a Escritura Pública de Pacto Antenupcial lavrada neste Tabelionato no livro 387, às folhas 18..

Foram apresentados os documentos, de acordo com o artigo 1.525, incisos I, III e IV, do Código Civil Brasileiro.

O referido é verdade e dou fé. Boa Vista, Capital de Roraima, 12 de dezembro de 2008. Nádia Socorro Pinho Oliveira, Escrevente Autorizada, digitai. Eu, Deusdete Coelho Filho, Oficial de Registro Civil que a fiz digitar, assino em público e raso.

1ª Via  
Qualquer emenda  
ou rasura tornará  
inválida a presente  
certidão.



Marjory C. C. Esbeld Briglia  
Escrevente Autorizada  
Cartório Loureiro





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023353/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/06/2018 23:23 Data/Hora Fim: 04/06/2018 23:24  
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 01/06/2018 09:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Av. Major Williams c/ Capitão Julio Bezerra

Bairro: São Francisco

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome: ATAÍDE ALMEIDA (ENVOLVIDO )	Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade: 65
Estado Civil: Sem Informação			
Raça/Cor: Branca			

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: sem informação

Nome: RODRIGO LAURENA PEREIRA (COMUNICANTE )	Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: PA - Tucuruí	Sexo: Masculino	Nasc: 01/01/1989
Profissão: Professor				
Estado Civil: Casado(a)				
Raça/Cor: Parda				

Nome da Mãe: Alcioneide da Silva Laurena

Documento(s)

- CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 868.588.402-06

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Av. Jardim  
Complemento: Inga bloco 12 apto 202  
Bairro: Cidade Satelite  
Telefone: (95) 98402-8305 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado, o comunicante acima qualificado compareceu nesta delegacia para informar que, nada acima citada conduzia sua motocicleta Honda Titan 150 cor prata, placa NAV-4100, no endereço descrito acima, que ligou a seta para

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023353/2018-A01

direita e ao fazer a conversão sofreu colisão da motocicleta Honda POP, cor branca, placa NAZ-5008, que era conduzida pelo senhor Ataíde Almeida. Que o comunicante caiu no chão e fraturou o joelho direito e teve escoriações no tornozelo direito, nas costelas. Que a motocicleta sofreu danos (quebrou o pisca direito, amassou o guidão e o tanque lado direito, rompeu o rolamento da barra da direção.) É o relato

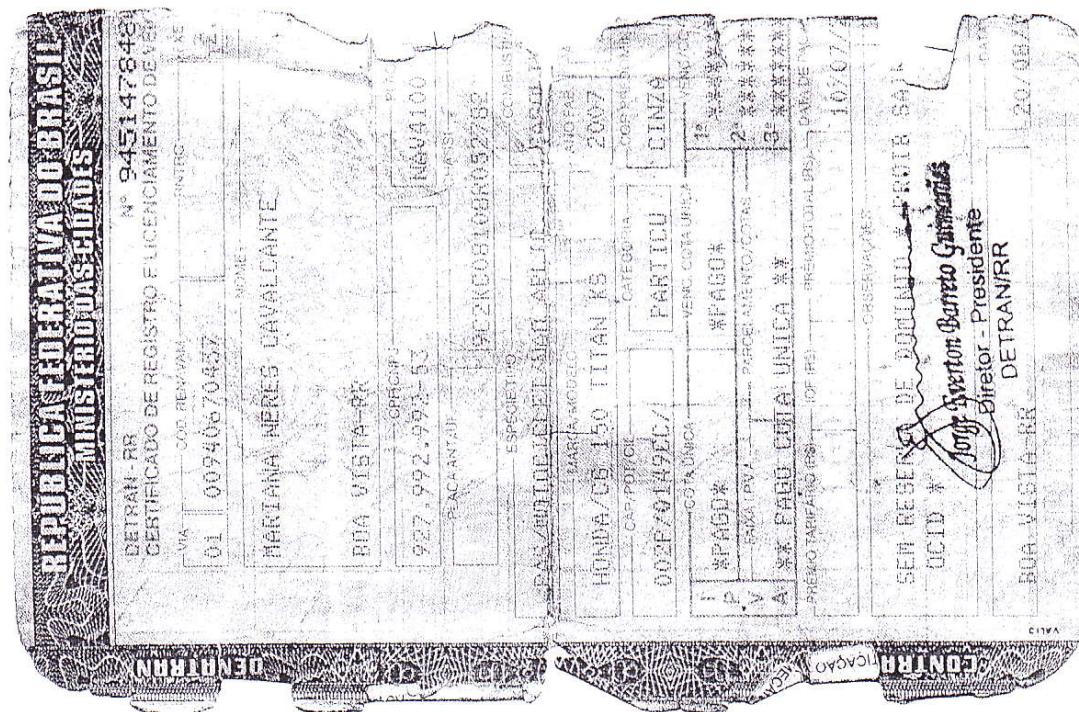
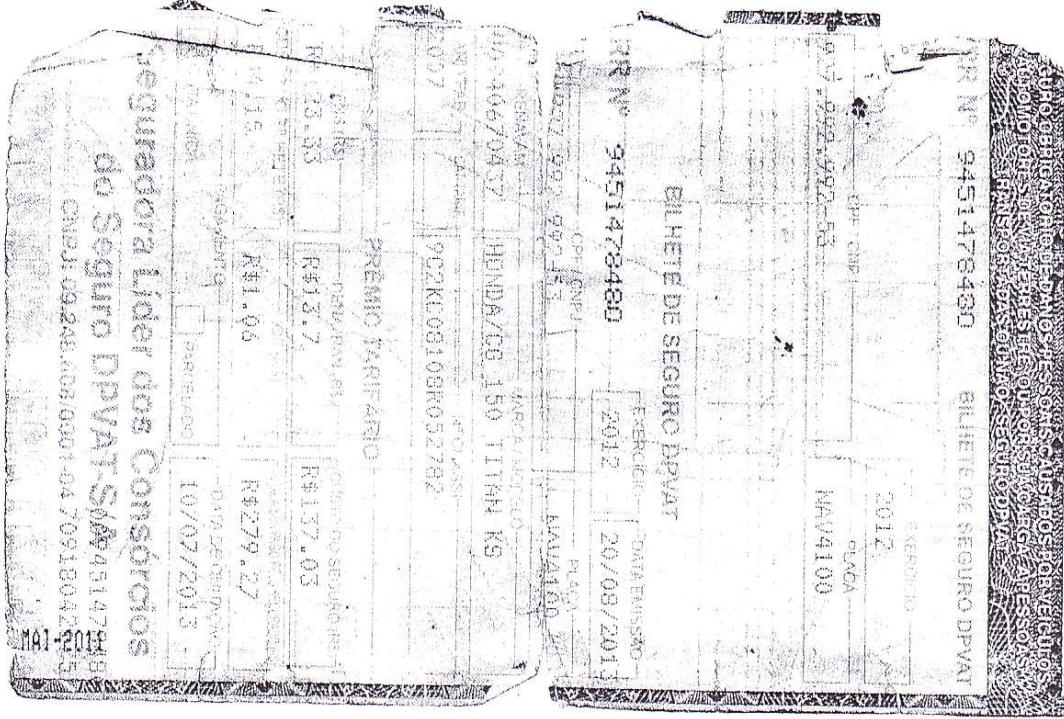
### ASSINATURAS

Jorgehir da Silva  
Responsável pelo Atendimento

Rodrigo Laurena Pereira  
(Comunicante)

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

28 NOV. 2018



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Mariana Neres Cavalcante,  
RG nº 214.653, data de expedição 15 / 12 / 98,  
Órgão SSP-RR, portador do CPF nº 927.992.992-53, com  
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de  
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Ao. Jardim  
Bloco-12, AP 402 (Sma), nº 686,  
Bairro: Cidade Satélite, declaro, sob as penas da Lei, que o  
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Rodrigo Laurena Pereira,  
cujo o condutor era Rodrigo Laurena Pereira.

Veículo: Motocicleta

Modelo: HONDA - CG 150 TITAN - KS

Ano: 2007

Placa: NAV - 4100

Chassi: 9C2 KC0810BR052782

Data do Acidente: 01 / 06 / 2018

Local e Data: Boa Vista/RR, 28 / 08 / 2018.

x Mariana Cavalcante Laurena

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

28 NOV. 2018

CARTÓRIO LOUREIRO		DR. JOZIEL LOUREIRO TABELÃO E REGISTRADOR ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR
REC VERDADEIRA a(s)assinatura(s) [RECALL] -MARIANA CAVALCANTE LAURENA		
SB1 Em testemunho <u>Maria</u> da verdade Boa Vista, 28/08/2018		
Emol: 2.40, FUNDEJUR: 0.24, FISC: 0.12, FECON: 0.12, ISS: 0.12		
Selos: RECFIR158345WSGT91AY1A1V1T38		
Consulte seu selo: <a href="https://cidadao.portalselorr.com.br">https://cidadao.portalselorr.com.br</a>		
CPF Solicitante: 92799299253		
REC VERDADEIRA a(s)assinatura(s) [RECALL] -RODRIGO LAURENA PEREIRA		
SB1 Em testemunho <u>Maria</u> da verdade Boa Vista, 28/08/2018		
Emol: 2.40, FUNDEJUR: 0.24, FISC: 0.12, FECON: 0.12, ISS: 0.12		
Selos: RECFIR158345PAMCYK1101028V95		
Consulte seu selo: <a href="https://cidadao.portalselorr.com.br">https://cidadao.portalselorr.com.br</a>		
CPF Solicitante: 92799299253		

*Marijory C. C. Esbell Briglia  
Escrivente Autorizada  
Cartório Loureiro*

*Marijory C. C. Esbell Briglia  
Escrivente Autorizada  
Cartório Loureiro*

01/06/2018

...: Guia de Atendimento 02 :..

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800959912	01/06/2018 09:39:12	FICHA DE ATENDIMENTO - TRAUMATOLOGIA				DIURNO	07:59	13
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Convênio		
<b>RODRIGO LAURENA PEREIRA</b>		01/01/1989	29 A 5 M 0 D	706701599111915	86858840206	NH-E-HGR		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	3106799	SESP/RR		M	SOLTEIRO(A)	BRANCA	TUCUMA - PA	BRASILEIRA
Mãe					Pal			
ALCIONEIDE DA SILVA LAURENA					REGINALDO LOPES PEREIRA			
Endereço								Ocupação
AVENIDA - JARDIM - PREDIO INGÁ - BL 12 - APT 402 - 686 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR								PROFESSOR
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização		Sis Prenatal	
	<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>	<b>URGÊNCIA</b>							
Setor	Type de Chegada	Procedimento Sol.					Registrado por:	
<b>GRANDE TRAUMA</b>	<b>SAMU CAPITAL</b>						<b>DANIEL.VIANA</b>	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>GSC</span> <span>TOTAL</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>AO: 1234</span> <span>RV: 12345</span> <span>MRV: 123456</span> <span>19</span> </div>							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<p><i>Acidente envolvendo moto. Dor no joelho D + náuseas</i></p>							
Exame Físico	<p><i>ABCD OK E. dor no joelho + escoriação + edema</i></p>							
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-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>Dipivans 0,5 mg / Tepipacina</i> <i>Flaxil 0,5 mg</i> <i>Tilatil 0,5 mg</i>				<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> Av. Brdg. Eduardo Gomes, S/N Novo H337 - TJ (95) 2121-0620 <b>Autenticação</b> <i>Fábio B. de Oliveira</i> Técnica de Enfermagem COREN-RR 71.231-TAC		<i>01/06/2018</i> Certifico que o paciente é presente cópia da Recepção no Original que foi apresentado neste Hospital		
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>ortop.</i> <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :							
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? ( <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não)	Destino: ( <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica <input type="checkbox"/> Medicina Legal CRM-RN 1501							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico				

Impresso por: daniel.viana  
Data Hora: 01/06/2018 09:40:58

Emissor: Emissor: Emissor: Emissor:  
CRM-RN 1501



28 NOV. 2018

Orthopedics Dr. Bruno F.

Paciente com dor em joelho direito  
devido a um trauma.  
com fratura com luxação.

col. Osteosíntese e envio  
de foto em Anexo

Dr. Thiago Muniz  
Médico-Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 2009

28 NOV. 2018



**EMERGÊNCIA**  
GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA  
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



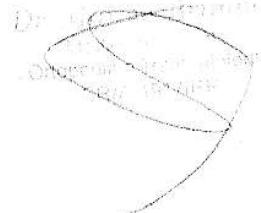
## RECEITUÁRIO

NOME: Romulo Romano

Dia 08/05/2018

O paciente Romulo Romano de 68  
anos de idade, sexo

O paciente Romulo Romano de 68  
anos de idade, sexo



DATA 01/06/18

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

GOVERNO  
DO Povo

28 NOV. 2018



## ATESTADO MÉDICO / DECLARAÇÃO DE COMPARCIMENTO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a): Rodrigo Carvalho,

Rodrigo

foi atendido no () Hospital Geral de Roraima/PAAR/PSF6 (  ) UNACON,  
no dia 20 / 05 / 2018 às 10:00 horas.

O mesmo:

(  ) Não necessita de licença, atesto apenas o seu comparecimento.

(  ) Necessita de 30 (Trinta) dia(s) de licença médica.

CID:

Boa Vista,

01/106/18

Autorizo a informação do CID:

Assinatura do cliente / paciente

*Dr. Thiago Muniz*  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2009

Assinatura / carimbo médico

Hospital Geral de Roraima,  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n. Aeroporto.  
Fone: (95) 2121-0636, 2121-0612

28 NOV. 2018

NOME: RODRIGO LAURENA PEREIRA  
MÉDICO: BRUNO FIGUEIREDO DOS SANTOS  
Nº. Controle: RM 03 SUS



CLÍNICA RADIOLÓGICA OLIVEIRA  
Resp. Tec: Marcelo Botelho de Oliveira CRM-RR/RQE 682

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

**Exame realizado com aquisição nos diversos planos e seqüências, evidenciando:**

Estrutura óssea conservada.

Tendão quadricipital e patelar sem alterações aparentes.

Leve espessamento e heterogeneidade de sinal do ligamento cruzado anterior, sugerindo lesão parcial/estiramento.

Ligamento cruzado posterior e colaterais com morfologia e sinal normal.

Alteração difusa da morfologia e do sinal do corno posterior do menisco lateral, acometendo à borda livre e a periferia, sugerindo rutura.

Foco de hipersinal no corno posterior do menisco medial, sem extensão para à superfície articular, sugerindo meniscopatia degenerativa.

Ausência de derrame articular significativo.

Cartilagem patelar e retináculos da patela sem alterações aparentes.

Planos musculares e tecido celular subcutâneo de configuração normal.

**Correlacionar com dados clínicos.**

Boa Vista, 02 de julho de 2018

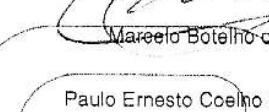
✉ clinicacrx@hotmail.com clinicacrx@gmail.com

.. (95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0465 (95) 3623 - 1091 Fax

.. (95) 99122 - 2122 Vivo (95) 98119 - 0555 Tim

"O presente laudo é uma impressão subjetiva das imagens geradas de acordo com o pedido médico e das informações clínicas contidas nesse pedido. Em caso de informações clínicas adicionais por escrito, novas considerações poderão ser emitidas. Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento."

  
Marcelo Botelho de Oliveira CRM RR 682

  
Paulo Ernesto Coelho de Oliveira CRM RR 095

  
Camilo Botelho de Oliveira CRM RR 1355

  
Larissa Barbosa Lago de Freitas CRM RR 1620

28 NUV. 2018



**EMERGÊNCIA**  
GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA  
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



**RECEITUÁRIO**

**NOME:**

Rodrigo Larena

- Profilm 100g - 1 CX.  
(Gomas / comp 12/12 H)

Dr. Walter Cruz Coria  
Médico - CRM-RR 1330  
A 3 MMN 2018

**DATA** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ASSINATURA E CARIMBO**

Av. Brigadelro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 • Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

**GOVERNO  
DO Povo**

28 NOV. 2018



**EMERGÊNCIA**  
GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA  
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



## RECEITUÁRIO

**NOME:**

Domingos Ferreira

do P. C. m.

Pd para Cm

Br.  
patri

Comunicação: 27/10/18  
P-300 br.

**DATA** 27/10/18

**ASSINATURA E CARIMBO**





GOVERNO DO RORAIMA  
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Nome: Edyson Lacerda Pires

RECEITÓRIO

Au - inf

CAB 5837 + M3

peço que promova de verba o exame de

e da pelé (O) no inf (ca +  
mico de inf).

Direto ao inf (pac)

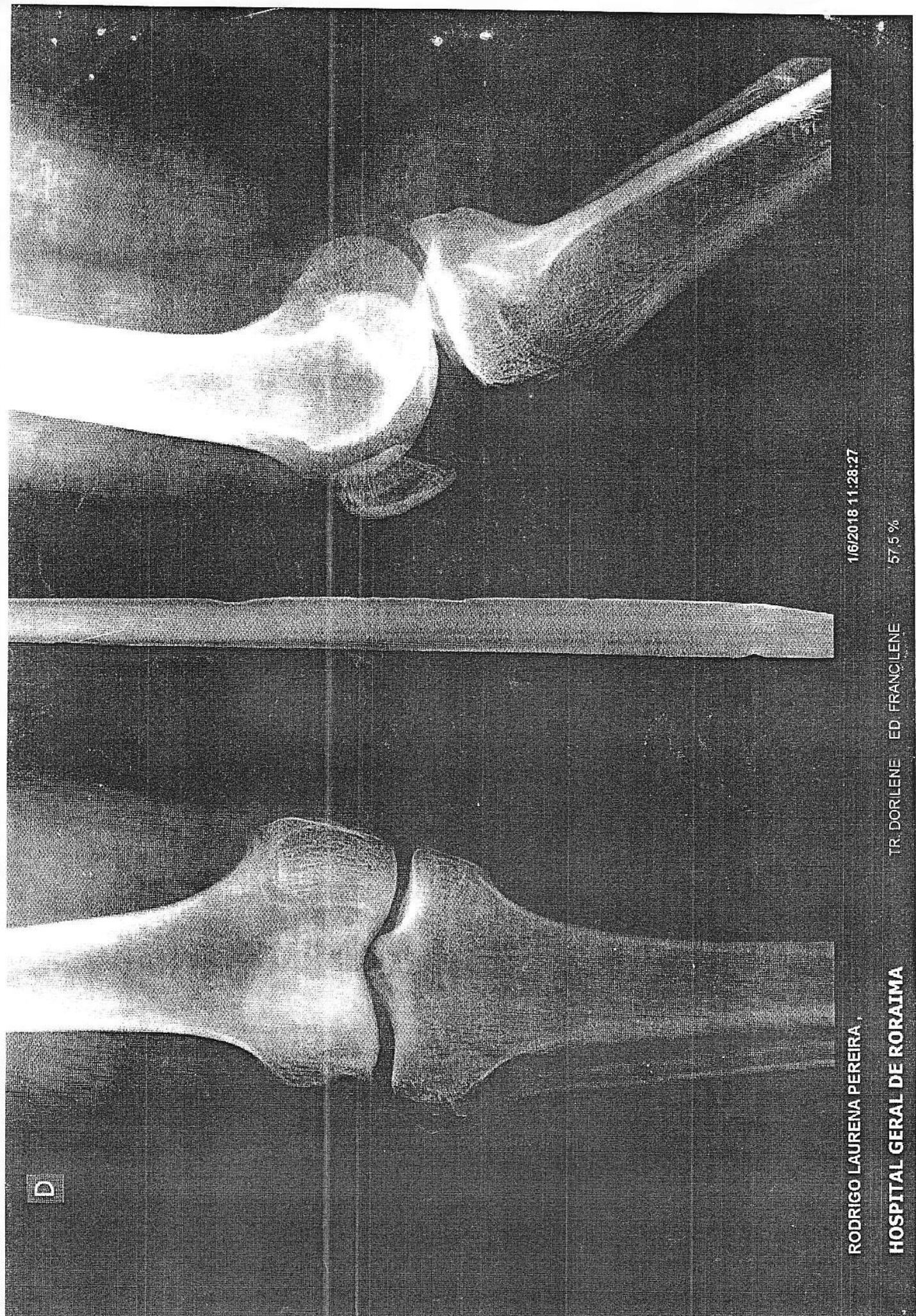
Outras pac

30/07/18  
DATA

Dr. Primo V. Santos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/1047  
Título de Especialista  
MOT: TEP: 10-18  
Assinatura em Campanha

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Pinto, 506 - Centro-Beira Vista RR  
CEP: 69.001-150 - CNPJ 54.013.400/0001-98

28 NOV. 2018



RODRIGO LAURENA PEREIRA,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

1/6/2018 11:28:27

57.5 %

TR. DORLENE ED FRANCILENE



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**E obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

868.588.402-06

Nome completo da vítima

Rodrigo Laurana Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Rodrigo Laurana Pereira	868.588.402-06	Professor
Endereço	Número	Complemento
Av. Jardim	686	352 A 402
Barro	Estado	CEP
Cidade Satélite	RR	69.317-529
Email	Telefone (DDD)	
ilovirr@hotmail.com	(95)98125-9538	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
	<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>X CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAÚ (341)				
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	
6953		04860	7	
(Informar dígito se existir)				
<b>CONTA CORRENTE (todos os bancos)</b>				
BANCO				
Nome _____ NRO. _____				
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	
(Informar dígito se existir)				

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 28 de Novembro de 2018  
Local e Data

Rodrigo Laurana Pereira  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Rodrigo Laurana Pereira

CPF da Vítima

868.588.400-06

Data do Acidente

01-06-2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista, 28 de Novembro de 2018  
Local e Data

Rodrigo Laurana Pereira  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Iloir Inácio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rodrigo Laurena Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 868.588.402 / 06, do sinistro de DPVAT cobertura inval.dez da Vítima Rodrigo Laurena Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 868.588.402 / 06, 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 <u>ap. 04</u>
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>
Email <u>iloirrr@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(45) 98125-9538</u>

Boa Vista 28 de Novembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL.

CPF da Vítima

868.588.402-06

Nome completo da vítima

Rodrigo Laurana Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Rodrigo Laurana Pereira	868.588.402-06	Professor
Endereço	Número	Complemento
Av. Jardim	686	B 52 A 402
Bairro	Estado	CEP
Cidade Satélite	RR	69.317 - 529
Email	Telefone (DDD) (95) 98125 - 9538	
ilovrr@hotmail.com		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
6953 (Informar dígito se existir)	D/V	04860 (Informar dígito se existir)	D/V

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Ponta Grossa, 28 de Novembro de 2018  
Local e Data

Rodrigo Laurana Pereira  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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, 04 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180564153

Vítima: RODRIGO LAURENA PEREIRA

Data do Acidente: 01/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), RODRIGO LAURENA PEREIRA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00571/00572 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº: 13670613

**Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT**  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://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 esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuizos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	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					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



## Cálculo de Atualização Monetária

### Dados básicos informados para cálculo

#### Descrição do cálculo

Valor Nominal	R\$ 2.531,25
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	1/6/2018 a 1/5/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	1/6/2018 a 13/5/2019

### Dados calculados

Fator de correção do período	334 dias	1,045658
Percentual correspondente	334 dias	4,565845 %
Valor corrigido para 1/5/2019	(=)	R\$ 2.646,82
Juros(346 dias-12,16048%)	(+)	R\$ 321,87
Sub Total	(=)	R\$ 2.968,69
<b>Valor total</b>	<b>(=)</b>	<b>R\$ 2.968,69</b>

### Memória analítica do cálculo

Valor inicial	2.531,25
Data inicial	1/6/2018
Data final	1/5/2019
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
1/6/2018	1/7/2018	1,1100 (%)	2.559,35
1/7/2018	1/8/2018	0,6400 (%)	2.575,73
1/8/2018	1/9/2018	0,1300 (%)	2.579,08
1/9/2018	1/10/2018	0,0900 (%)	2.581,40
1/10/2018	1/11/2018	0,5800 (%)	2.596,37
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	2.601,30
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	2.597,14
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	2.604,93
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	2.613,79
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	2.627,90
1/4/2019	1/5/2019	0,7200 (%)	2.646,82

### Acréscimos de juro, multa e honorários

Juros(346 dias-12,16048%)	(+)	R\$ 321,87
Sub Total	(=)	R\$ 2.968,69
<b>Valor total</b>	<b>(=)</b>	<b>R\$ 2.968,69</b>

[Retornar](#) [Imprimir](#)