



# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA

6ª Vara Cível

**Processo 0817791-39.2019.8.23.0010**

**Comarca:** BOA VISTA

**Data de Autuação:** 10/06/2019      **Situação:** Público

**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário

**Assunto Principal:** 9597 - Seguro

**Data Distribuição:** 10/06/2019      **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

## Parte(s) do Processo

**Tipo:** Promovente

**Nome:** ANDERSON RODRIGUES DE SOUSA

**Data de Nascimento:** 11/12/1990      **RG:** 3170187 SSP/RR      **CPF/CNPJ:** 998.395.122-34

**Filiação:** JANETE CAVALCANTE DE SOUZA / DELMIRO CAVALCANTE DE SOUZA

### Advogado(s) da Parte

1018NRR      ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS  
2045NRR      ANDRÉ CARLOS ISRAEL

**Tipo:** Promovido

**Nome:** Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

**Data de Nascimento:** Não cadastrada      **RG:** Não cadastrado      **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

### Advogado(s) da Parte

134307NRJ      JOÃO ALVES BARBOSA FILHO



Abhner Santos  
Advocacia e Consultoria

## PROCURAÇÃO ADJUDICIA

EU Anderson Rodrigues de Souza PROFISSÃO: Professor  
ESTADO CIVIL: Solteiro, FONE: \_\_\_\_\_,  
E-MAIL: Anderson@rodrigues9@gmail.com RG: 3170187  
SSP-RR e CPF: 998.395.122-34, RESIDENTE Á  
RUA: TV. Monte Sinai N° 111,  
BAIRRO: Mecejana, 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, 31 de Mai de 2019.

X. Anderson Rodrigues de Souza  
Outorgante

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: Anderson Rodrigues de Souza

ESTADO CIVIL: sócio PROFISSÃO: professor

RG N° 3870387 SSP/ RR CPF: 998.395.122-34

ENDEREÇO: Tv. Monte Usnai, 111, Caranã

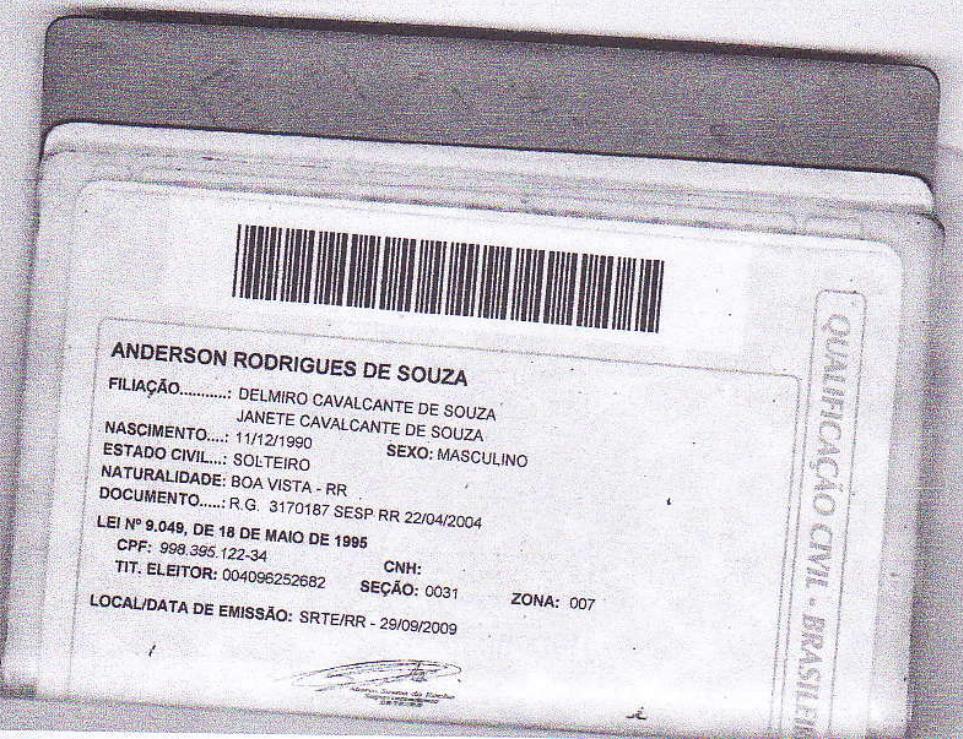
declaro, para os devidos fins, que não posso possuir condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 31 de maio de 2019.

Anderson Rodrigues de Souza



22 MAR. 2019









GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
**POLÍCIA CIVIL**  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE  
**DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – DAT**  
“Amazônia: Patrimônio dos brasileiros”



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 033180 /2018/ CENTRAL DE FLAGRANTES**

O Sr.<sup>º</sup>

NOME: ANDERSON RODRIGUES DE SOUZA

RG : 3170187 SSP/RR

SEXO: MASCULINO

DATA DE NASCIMENTO: 11/12/1990

TELEFONE: 95-98120-4349

ENDERECO: TRAVESSA – MONTE SINAI, 111

BAIRRO: CARANÃ

O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigir no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do veículo e o nome do Proprietário.

- MOTOCICLETA HONDA/CG 160 TITAN EX;
- PLACA – NAV – 5497;
- COR – VERMELHA;
- ANO – 2016/2017;
- CHASSI – 9C2KC2210HR004839;
- RENAVAM – 01107079176;
- FRANCISCA LILIANE DA COSTA (PROPRIETÁRIA);

Agente Carcerário de Polícia Civil  
Givanildo da Silva Vieira  
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 28 de Janeiro de 2019.

ANDERSON RODRIGUES DE SOUZA  
Comunicante

22 MAR. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033180/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/08/2018 05:47 Data/Hora Fim: 20/08/2018 06:18

Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 100122 Data: 19/08/2018

Delegado de Polícia: Wulpslander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 19/08/2018 23:24

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Caimbé

Logradouro: RUA ANTONIO MACIEL EM FRENTE AO Nº409

Ponto de Referência: BAR DO PRIMO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1039: Porte ilegal de arma de fogo de uso permitido (Art. 14 do Estatuto do Desarmamento)	Não Houve
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: PEDRO HENRIQUE RODRIGUES (TESTEMUNHA )
--

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 23

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 343062 SSP/RR

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA LAURO ALEXANDRE DA SILVA

Nº: 1442

Bairro: PINTOLANDIA

Telefone: (95) 98116-2785 (Celular)

Nome Civil: O ESTADO (VÍTIMA , COMUNICANTE )
--

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: JOSE JANUÁRIO LOPES FILHO (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR )
---

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Bacabal

Sexo: Masculino

Nasc: 30/01/1956

Estado Civil: Sem Informação

Nome da Mãe: Arcenia Maria da Conceição Lopes

Nome do Pai: Jose Januario Lopes

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 141769 SSP/RR

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 132.723.223-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033180/2018

Logrado: RUA RAIMUNDO FILGUEIRAS, 1354

Nº: 1354

Bairro: BURITIS

**Nome Civil: ANDERSON RODRIGUES DE SOUZA (VÍTIMA )**

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 11/12/1990

Profissão: Professor

Nome da Mãe: Janete Cavalcante de Souza

**Documento(s)**

RG - Carteira de Identidade: 317018-7

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Logrado: RUA CICERO CORREA DE MELO FILHO

Nº: 1046

Bairro: CARANÁ

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

**Grupo** Veículo

**Subgrupo** Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

**Placa** OAD9118

**Número do Chassi** \*\*\*\*\*37857

**Ano/Modelo Fabricação** 2011/2011

**Cor** Prata

**UF Veículo** Roraima

**Município Veículo** Boa Vista

**Marca/Modelo** I/TOYOTA HILUX CD4X4 SRV

**Modelo** I/TOYOTA HILUX CD4X4 SRV

**Veículo Adulterado?** Não

**Quantidade** 1 Unidade

**Situação** Envolvido

<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
-----------------------	----------------------

Jose Januário Lopes Filho Possuidor

**Grupo** Arma de Fogo

**Subgrupo** Revólver

**Número de Identificação** 1450047

**Calibre** 38

**Fabricação** Nacional

**Arma de Fogo Artesanal?** Não

**Arma de Fogo Adulterada?** Não

**Quantidade** 1 Unidade

**Situação** Apreendido

<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
-----------------------	----------------------

Jose Januário Lopes Filho Possuidor

**RELATO/HISTÓRICO**

Fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência em que um indivíduo que estava conduzindo um Hilux prata atropelou uma pessoa de moto e saiu arrastando a moto que ficou engatada no carro, e que populares o seguiram, e detiveram o condutor da Hilux no local arrrolado acima e com suspeita de estar portando uma arma de fogo. Ao chegarmos no local estava a Vtr 101 do Tenente Corrêa Oficial de Operações da área Leste, e o mesmo informou que procedia a informação passada pela CIOPS, que já estava sob a tutela do Tenente a Arma de Fogo arrrolada acima, e que populares haviam entregado para o mesmo. O SENHOR Pedro Henrique Rodrigues o Senhor Pedro informou que viu o acidente, que o acidente foi na Rotatória do Supermercado Goiana em frente ao Posto de Gasolina 2.90, que o **SENHOR Anderson Rodrigues de Souza** conduzia uma moto Honda CG 160 Ex de cor vermelha de Placa NAV 5497 dentro da rotatória e que o **SENHOR José Januário Lopes Filho** conduzia uma Toyota Hilux de cor Prata de Placa OAD 9118 dentro da própria rotatória e acabou batendo na moto e o condutor O **SENHOR Anderson Rodrigues de Souza** acabou caindo e conseguiu se livrar da moto vindo a se machucar o joelho direito e ficando no local, e que em seguida a moto ficou debaixo da Hilux e foi arrastada até o endereço arrrolado acima da ocorrência, foi quando o Pedro Henrique Rodrigues e populares conseguiram interceptar o veículo do **SENHOR José Januário Lopes Filho** e o mesmo desceu do carro tentou puxar uma arma de fogo e ameaçou o Pedro Henrique Rodrigues, foi quando populares conseguiram conter o **SENHOR José Januário Lopes Filho** e



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033180/2018

tomar a arma de fogo. Informo que acionei a perícia onde esteve presente o Perito Marlon de Matrícula 42000286, e que a Vtr 101 prestou o apoio ao **SENHOR Anderson Rodrigues de Souza** até ao H.G.R. para os procedimentos médicos, em seguida fomos até ao H.G.R. e o **SENHOR Anderson Rodrigues de Souza** ainda estava na sala da Ortopedia, informo que foram feito os procedimentos administrativos com apoio da Vtr 562 Integrado do DETRAN nos veículos envolvidos, informo que os veículos não foram removidos para o Pátio do DETRAN por falta de meios. Informo que a Hilux foi entregue a Senhora Weyderlane Alves Lopes que é filha do **SENHOR José Januário Lopes Filho** portadora da CNH 04430045562 CAT AB e que foi entregue a Moto Honda CG ao Senhor Ruan Carlos Viana de Oliveira portador da CNH 06064925462 CAT A. Informo que o **SENHOR José Januário Lopes Filho** não possui registro e nem porte da referida arma. Informo ainda que o **SENHOR Anderson Rodrigues de Souza** chegou agora a pouco nesta delegacia e esta com fratura no antebraço esquerdo. Era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

Paulo Cesar Fernandes Bezerra  
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) 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 do Crime ou da Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT  
28/01/2019  
ACONTE DE POLICIA  
PROMOTOR

### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisca Liliane da Costa,  
RG nº 485091-2, data de expedição 23/08/2016,  
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 006.167.502-42, com  
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de  
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Trazena monte  
Sinei, nº 111,  
Bairro: Canané, declaro, sob as penas da Lei, que o  
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima ANDERSON RODRIGUES DE SOUZA,  
cujo o condutor era ANDERSON RODRIGUES DE SOUZA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX

Ano:

Placa: NAV 5497

Chassi: 9C2KC2210H R004839

Data do Acidente: 20/08/18

Local e Data: Boa Vista/RR, 01/03/2019.

Francisca Liliane da Costa  
Assinatura do Declarante

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



Comila Costa Retz  
Escrevente Autorizada  
Daniel Aquino

22 MAR. 2019

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE USO TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 012322543863 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2017 09/08/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	006.167.502-42	NAV5497
RENAVAM	MARCA / MODELO	
01107079176	HONDA/CG 160 TITAN EX	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2016		902KC2210HR004839

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENTRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$81,29	R\$9,03	R\$90,33
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
R\$4,15	R\$0,7	R\$185,5
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	04/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.249.608/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

ACO 2016

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

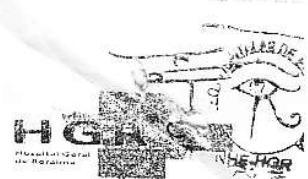
DETAN - RR Nº 012322543863 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULOS

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	01107079176		2017
NOME			
FRANCISCA LILIANE DA COSTA			
CPF / CNPJ	PLACA	RR	
006.167.502-42	NAV5497		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
	902KC2210HR004839		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLETA/NÃO APLICA	ALCO/GASOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	FAINO NÚM.	
HONDA/CG 160 TITAN-EX	2016	2017	
CAP / POT / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/016200/	PARTICU	VERMELHA	
I R V A	X PAGOU X FAIXA IRVA FAZU COTA UNICA	X PAGOU X PARCELAMENTO / COTAS	1º VENC COTA UNICA 2º VENC COTA UNICA 3º VENC COTAS
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
R\$0,7		R\$185,5	04/08/2017
OBSERVAÇÕES			
AL.FID. BV FINANCIAMENTO S/A SNT * PROIB SA IR DA ANA IN DCD <i>Francisco Beserra Marques</i>			
Antonio Francisco Beserra Marques Diretor Presidente BOA VISTA-RR DETAN-RR Interino			
DATA 09/08/2017			
EXPEDIDOR			

20/08/2018

...: 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



18009677-02	20/08/2018 00:04:53	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	1		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF 07	Prontuário		
ANDERSON RODRIGUES DE SOUZA		11/12/1990	27 A 8 M 9 D		99839512234			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE	3170187	SSP/RR		M	NAO	PARDA	BRASILEIRA	
Mãe	JANETE CAVALCANTE DE SOUZA			INFORMADO			Contato	
Endereço							Ocupação	
RUA - IDELSON CORTEZ - 623 - JARDIM FLORESTA - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
Setor	URGÊNCIA							
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	VIATURA	Procedimento Sol.			Registrado por:		
Queixa Principal	( ) Síndrome Febril ( ) Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem							GSC	TOTAL
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)							AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	
Exame Físico	<i>que do de mfo om fratura de punho esq.</i>							
Hipótese Diagnóstica	<i>Fractura de punho esq</i>							
SADT - Exames Complementares	<input checked="" 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>titat titat</i>					<i>titat titat</i>	<i>titat titat</i>		
Conduta	<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>Dr. Jose</i>						<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação	
Óbito							Data e Hora da Saída/Alta: / / : :	
Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não	Destino: ( ) Família	<input type="checkbox"/> Anatomia Patológica / / : /						
Assinatura do Paciente ou Responsável							<i>L. Rosales de Souza</i>	
Assinatura do Médico							<i>Carimbo de Assinatura do Médico</i>	
Impresso por: josiel.rosas Data Hora: 20/08/2018 00:05:52								

22 MAR. 2019



69,5 %

20/8/2018 00:32:00

E



48,0 %

20/8/2018 00:32:00

48,0 %

20/8/2018 00:32:00

, AANDERSON RODRIGUES DE SOUZA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. MARCOS VASCONCELOS

22 MAR. 2019



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

998.395.122-34 Anderson Rodrigues de Souza

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Anderson Rodrigues de Souza

Profissão:

Professor

Endereço:

Travessa Monte Senai

Bairro:

Caranã

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CPF:

998.395.122-34

E-mail:

iloirra@hotmail.com

Número:

111

Complemento:

CEP:

69.313-660

Tel.(DDD):

(95) 99154-4282

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: 3027

CONTA: 62310

(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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

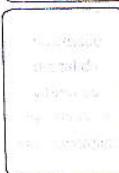
### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.



Local e Data: Boa Vista - RR

Nome: Anderson Rodrigues de Souza

CPF: 998.395.122-34

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



## 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 Slair Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.518 / 03, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Anderson Rodrigues de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 998.395.122 / 39, do sinistro de DPVAT cobertura Indenidade da Vítima Anderson Rodrigues de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 998.395.122 / 34, 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 P. Galvão	Número	1832	Complemento
Bairro	Buritis	Cidade	Bea Vista	Estado RR
Email	ILORRR@HOTMAIL.COM	Telefone comercial(DDD)	(95)98154-4281	Telefone celular (DDD)

de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Local e Data

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, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190220946

Vítima: ANDERSON RODRIGUES DE SOUZA

Data do Acidente: 19/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANDERSON RODRIGUES DE SOUZA

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

Documentação médica-hospitalar

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.

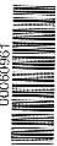
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01921907922 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14262951

00060061

**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\$ 3.375,00
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	19/8/2018 a 1/6/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	19/8/2018 a 10/6/2019

### Dados calculados

Fator de correção do período	286 dias	1,030421
Percentual correspondente	286 dias	3,042143 %
Valor corrigido para 1/6/2019	(=)	R\$ 3.477,67
Juros(295 dias-10,27918%)	(+)	R\$ 357,48
Sub Total	(=)	R\$ 3.835,15
<b>Valor total</b>	<b>(=)</b>	<b>R\$ 3.835,15</b>

### Memória analítica do cálculo

Valor inicial	3.375,00
Data inicial	19/8/2018
Data final	1/6/2019
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
19/8/2018	1/9/2018	0,0545 (%)	3.376,84
1/9/2018	1/10/2018	0,0900 (%)	3.379,88
1/10/2018	1/11/2018	0,5800 (%)	3.399,48
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	3.405,94
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	3.400,49
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	3.410,69
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	3.422,29
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	3.440,77
1/4/2019	1/5/2019	0,7200 (%)	3.465,54
1/5/2019	1/6/2019	0,3500 (%)	3.477,67

### Acréscimos de juro, multa e honorários

Juros(295 dias-10,27918%)	(+)	R\$ 357,48
Sub Total	(=)	R\$ 3.835,15
<b>Valor total</b>	<b>(=)</b>	<b>R\$ 3.835,15</b>

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