



**MERITÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DA 4ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE BOA VISTA/RR**

Processo : 0817838-76.2020.8.23.0010
Requerente : JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS
Requerida : SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
S/A

JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS, pessoa física já devidamente qualificada nos autos do processo encimado, vem, à presença de Vossa Meritíssima, por meio de seus advogados ao final assinados, requerer o **DESENTRANHAMENTO** dos documentos, conforme especificados abaixo, juntados aos autos nos eventos:

- **1.1 – Petição Inicial**
- **1.2 – Procuração Ad Judicia**
- **1.3 – Declaração de Hipossuficiência**
- **1.4 – Documentação pessoal do Requerente**
- **1.5 – Comprovante de residência**
- **1.6 – Declaração de Prevenção a Laveguem de Dinheiro**
- **1.7 – Boletim de Ocorrência**
- **1.8 – Documentação médica**
- **1.9 – Pedido Administrativo do Seguro DPVAT**
- **1.10 – Valor recebido administrativamente**
- **1.11 – Cálculo de Atualização Monetária**
- **1.12 – Tabela DPVAT**



Esclarece que o motivo da solicitação, trata-se de juntada errada de documentos, pertencentes a outro requerente Sr. PEDRO COSTA DE SOUZA.

Por fim, faço a juntada da documentação correta do Sr. JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS.

Nestes termos,
Pede deferimento.

Boa Vista/RR, 14 de julho de 2020.

ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS

Advogado OAB/RR nº. 1018-N

ANDRÉ CARLOS ISRAEL

Advogado OAB/RR nº. 2045-N



Ablner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Jamilton Barbosa dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
Profissão: Pedreiro RG: 489677-7 SSP/RR.
CPF: 661497382-72 Endereço: Rua: Cantá
Nº: 120
Bairro: Dr. Ailton Rocha CEP: 69318-718 Município: Boa Vista / R.R.
Telefone: (95) 99138 - 3416 E-mail: _____

Pelo presente instrumento procuratório, nomeio e constituo, como meus procuradores, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, e **ANDRÉ CARLOS ISRAEL**, brasileiro, casado, advogado inscrita na OAB/RR sob o nº. 2045-N, ambos com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo substabelecer esta procuração com ou sem reserva de iguais poderes.

Boa Vista/RR, 01 de Julho de 2020.

X Jamilton Barbosa dos Santos

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 Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo: Jamilton Barbosa dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
Profissão: Pedreiro RG: 489677-7 SSP/ R.R.
CPF: 661497382-72 Endereço: Rua: Cantá
Nº: 120
Bairro: Dr. Ailton Rocha CEP: 69318-718 Município: Boa Vista / R.R.
Telefone: (95) 99138-3416 E-mail: _____

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, 01 de Julho de 2020.

X Jamilton Barbosa dos Santos
Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE FORAÍMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polégar Direito

Assinatura do Titular
Amadeu Rocha Triani

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 489677-7 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/02/2017

NOME JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS

FILIAÇÃO ALBINO FERREIRA DOS SANTOS
CARMELITA BARBOSA DOS SANTOS

NATURALIDADE SÃO GERALDO DO ARAGUÁIA - PA

DOC. ORIGEM DOG. ORIGEM
CERTIDÃO CAS 5916 FLS 216-F LIV B-20

OPF 2 OF BOA VISTA - RR

661.497.382-72 AMADEU ROCHA TRIANI
Partido Popular Democrático - PPD

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DATA DE NASCIMENTO 29/08/1978

P 1



CAERR
CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 13.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-610

ATENDIMENTO
CAE
0800 280 9520
www.cae.com.br

Matrícula: **1170856** **Abril/2020**

Dados do Cliente:
MARIA ELIZANGELA DOS SANTOS ARAUJO

Endereço para entrega:
RUA SANTA, NUM. 00120 - DR. AIRTON ROCHA
BOA VISTA RR 69318-718

Inscrição
001.0: 6 339.0114.000

Rota
13

Seq.Rota
430

Quantidade de Economias
RESIDENCIAL

Hidrômetro
NÃO MEDIDO

Data de Instalação

Situação Água
LIGADO

Situação Esgoto
POTENCIAL

ANterior **ATUAL** **CONSUMO (m3)** **NUM DE DIAS**

LEITURA FAT. 10 0
LEITURA INF.
DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

PERÍODO	CONSUMO
202003	10-0
202002	10-0
202001	10-0
201912	10-0
201911	10-0
201910	10-0
MEDIA	10

DESCRICAÇÃO
AGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE AGUA

10 M3 23,83

QUALIDADE DE AGUA Distribuída ao Consumidor
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5440 - 2005 D.M.

AMOSTRAS	COLOR	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	E.COLI
EXIGIDAS	180	180	180	180	180
ANALISADAS	184	184	184	184	184
CONFORMES	184	184	184	184	184

VENCIMENTO: 15/05/2020 **TOTAL A PAGAR** 23,83

Via do Cliente

IMPRESSO EM: 03/04/2020 07:46:18



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 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 COAF².

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

Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jamilton Barbosa dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 661.497.382 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jamilton Barbosa dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 661.497.382 / 72, 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 Linheiro Galvão

Bairro: Buritis

Cidade: Boa Vista

Número: 1832

Complemento: _____

Estado: RR

CEP: 69.309-209

E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD): (95)99154-4282

Local e Data: Boa Vista - RR, 27/05/2020

Assinatura do Declarante



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: 3386/2020 - Registrado em: 20/05/2020 às 16h 06min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 19/02/2019 às 10h 40min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Lugradouro: ALAMEDAS DOS BAMBUS

Nº: S-N

CEP: 69309-395

Bairro: PRICUMA

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: ENFRETE A LB CONSTRUÇÕES

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

JAMILTON BARBOS DOS SANTOS(41), nascido(a) em 29/08/1978, sexo MASCULINO, casado(a), exercendo a profissão de PEDREIRO, CPF Nº 661.497.382-72, País: BRASIL, natural de SAO GERALDO DO ARAGUAIA-PA, filho(a) de CARMELITA BARBOSA DOS SANTOS e ALBINO FERREIRA DOS SANTOS, endereço: CANTA, cep: 69318-718, Nº: 120, bairro: DOUTOR AIRTON ROCHA, BOA VISTA-RR, referência: PROXIMO A UMA PRAÇA, Telefone: (95) 99138-3416.

OBJETOS


Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O COMUNICANTE (VITIMA) ESTAVA TRAFEGANDO NA AVENIDA ALAMEDA DOS BAMBUS SENTIDO RODOVIA BR-174, EM SUA MOTOCICLETA YAMAHA FACTOR, PLACA NAQ-2255, QUANDO EM SUA FRENTE ESTAVA TRAFEGANDO UM CAMINHÃO BAÚ QUE DE FORMA INESPERADA FREOU BRUSCAMENTE PARA EVITAR UMA COLISÃO COM OUTRO VEICULO QUE HAVIA CRUZADO A SUA FRENTE, MELHOR SORTE NÃO TEVE O COMUNICANTE, POIS NÃO TEVE TEMPO HÁBIL PARA FREAR, TÃO POUCO DESVIAR DA TRASEIRA DO CAMINHÃO BAÚ, VINDO O COMUNICANTE A COLIDIR EM SUA TRASEIRA, LEVANDO-O AO CHÃO, FRATURANDO O TORNOZELO DIREITO, EIS O RELATO.

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

ROGERIO FERREIRA DA SILVA
AGENTE DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 050069788
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


JAMILTON BARBOS DOS SANTOS
COMUNICANTE

19/02/2019

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

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

FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		7	
1901074989	19/02/2019 10:53:29	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
Paciente	JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS	29/08/1978	40 A 5 M 21 D	898001190339805	66149738272		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	3570167	SSP-RR	30/10/1996	M	SOLTEIRO(A)	PARDA	SAO GERALDO DO ARAGUAIA - Mato Grosso do Sul
Mãe	CARMELITA BARBOSA DOS SANTOS			Pai	ALBINO FERREIRA DOS SANTOS (95) 99134-1665		
Endereço	RUA - CANTA - 120 - PEROLA - BOA VISTA - RR			Ocupação	NÃO INFORMADA		
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	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	TRANSPORTADO POR TER		MICHELE.CAVALCANTE				
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO!							
Anamnese de Enfermagem	GSC			TOTAL			
	AO: 12 34 RV: 12 34 5 MRV: 12 34 5 6						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	Paciente vítima de acidente automobilístico sem lesões com trauma contuso em tornozelo						
Exame Físico	Zero Dureza						
Hipótese Diagnóstica	Trauma Contuso						
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				
1) DILPIRONA 200 mg EV AGORA	11:05		A.I. 11:05 N.T.F.				
2) DICLOFENACO 40mg EV AGORA	(11:05) N.T.F.						
3) RX de pé e tornozelo							
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:		<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				
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico				
Impresso por: michele.cavalcante Data Hora: 19/02/2019 10:53:59							

- Trauma contuso T7①; T8②,
resultando de lesão, principalmente
em região vertebral - T7 "Ao Rx sem
pat. em vasos e tecidos adjacentes
durado

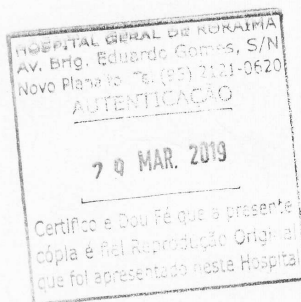
* CO ① Inalação, prescrição, retorno
Hospital Coraci Costa,

06/03/19 *

② Ao (G.T.)

Dr. Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedista/Traumatologista
CRM 1205 RR / ORE-114

Dr. Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedista/Traumatologista
CRM 1205 RR / ORE-114







JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS 2202
HOSPITAL CORONEL MOTA 08/03/2019 Fabiola Castro 70.8 %

D



75,1 % 19/2/2019 11:44:56



81,1 % 19/2/2019 11:44:56

JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA





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:

661.497.382-72

Jamilton Barbosa dos Santos

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: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Jamilton Barbosa dos Santos

661.497.382-72

autônomo

Rua: Santa

120

casa

Dr. Ailton Rocha

Boa Vista

RR

69.318-718

FLOIRRR@HOTMAIL.COM

(95)98404-5363

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 6727 2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Boa Vista - RR, 27/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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: 3200192964

Vítima: JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS

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.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 19/02/2019, emitido pelo Dr. ROGÉRIO DIAS CRM nº 1205 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

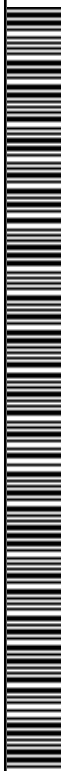
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15851924

Pag. 00015/00016 - carta_31 - INVALIDEZ



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 01119705603

COD-RENAVAM

RR

EXERCÍCIO 2019

BNIRC

NOME

JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS

PLACA

661.497.382-72

CHASSI

906RG3120H002254

COMBUSTÍVEL

ALCO/515UL

ESPECIE TIPO

P4S/MOTOCICLETA/NAO-OPULE

ANO FAB.

2017

ANO MOD.

2017

COR PREDOMINANTE

LARANJA

CATEGORIA

PARTICU

VENC. COTA UNICA

1º *****

2º *****

3º *****

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO / COTAS

PARCELAMENTO / COTAS

DATA DE PAGAMENTO

27/05/2019

PREMIO TARIFARIO (R\$)

R\$0.22

PREMIO TOTAL (R\$)

R\$0.50

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR AMBZ

OCIDENTAL *

LOCAL

24/06/2019

DATA

24/06/2019

LOCAL

24/06/2019

DATA

24/06/2019

LOCAL

24/06/2019

DATA

24/06/2019

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

RR Nº 013975644540 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIANO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 24/06/2019

CPF / CNPJ

661.497.382-72

PLACA

NAQ2255

RENAVAM

YAMAHA/YBR150

MARCA / MODELO

FACTOR ED

Nº CHASSI

906RG3120H002254

ANO FAB.

2017

CALIBRE

906RG3120H002254

PREMIO TARIFARIO

DETRAN (R\$)

R\$4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$40.06

DETRAN (R\$)

R\$4.01

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$4.15

OF (R\$)

R\$0.13

PARCELAMENTO

PARCELADO

COTA UNICA

DATA DE OUCAÇÃO

27/05/2019

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

DETRAN

EXPIRADOR

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 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 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					





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	16/02/2019 a 01/07/2020
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	16/02/2019 a 14/07/2020

Dados calculados	
Fator de correção do período	501 dias 1,037929
Percentual correspondente	501 dias 3,792861 %
Valor corrigido para 01/07/2020	(=) R\$ 3.503,01
Juros(514 dias-18,58767%)	(+) R\$ 651,13
Sub Total	(=) R\$ 4.154,14
Valor total	(=) R\$ 4.154,14

Memória analítica do cálculo			
Valor inicial	3.375,00		
Data inicial	16/02/2019		
Data final	01/07/2020		
Periodicidade	Mensal		
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.		
Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
16/02/2019	01/03/2019	0,1577 (%)	3.380,32
01/03/2019	01/04/2019	0,5400 (%)	3.398,58
01/04/2019	01/05/2019	0,7200 (%)	3.423,05
01/05/2019	01/06/2019	0,3500 (%)	3.435,03
01/06/2019	01/07/2019	0,0600 (%)	3.437,09
01/07/2019	01/08/2019	0,0900 (%)	3.440,18
01/08/2019	01/09/2019	0,0800 (%)	3.442,93
01/09/2019	01/10/2019	0,0900 (%)	3.446,03
01/10/2019	01/11/2019	0,0900 (%)	3.449,13
01/11/2019	01/12/2019	0,1400 (%)	3.453,96
01/12/2019	01/01/2020	1,0500 (%)	3.490,23
01/01/2020	01/02/2020	0,7100 (%)	3.515,01
01/02/2020	01/03/2020	0,2200 (%)	3.522,74
01/03/2020	01/04/2020	0,0200 (%)	3.523,45
01/04/2020	01/05/2020	-0,0100 (%)	3.523,09
01/05/2020	01/06/2020	-0,5900 (%)	3.502,31
01/06/2020	01/07/2020	0,0200 (%)	3.503,01
Acréscimos de juro, multa e honorários			
Juros(514 dias-18,58767%)	(+)		R\$ 651,13
Sub Total	(=)		R\$ 4.154,14
Valor total	(=)		R\$ 4.154,14

Retornar Imprimir

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: PJYV6 T22KX FBZTR 7AATD

