



**MERITÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DA 4<sup>a</sup> 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 Lavagem 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**

1

**Endereço:** Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR

**Telefones:** (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 99118-5777

**E-mail:** [adv.abhner@hotmail.com](mailto:adv.abhner@hotmail.com) **Website:** <http://www.abhneradvcon.com.br>



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

**2**

**Endereço:** Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR  
**Telefones:** (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 99118-5777  
**E-mail:** [adv.abhner@hotmail.com](mailto:adv.abhner@hotmail.com) **Website:** <http://www.abhneradvcon.com.br>



Abliner Santos  
Advocacia e Consultoria

## **PROCURAÇÃO AD JUDICIA**

Nome completo: Jamilton Barbosa dos Santos  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado  
Profissão: Pedreiro RG: 489677-7 SSP/R.P.  
CPF: 661497382-72 Endereço: Rua: Cantá  
Nº: 120  
Bairro: Dr. Júlio Ribeiro CEP: 69318-718 Município: Bacabal / R.P.  
Telefone: (45) 95138-3416 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 Setembro de 2020.

X Yamila Van Rosendaal 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

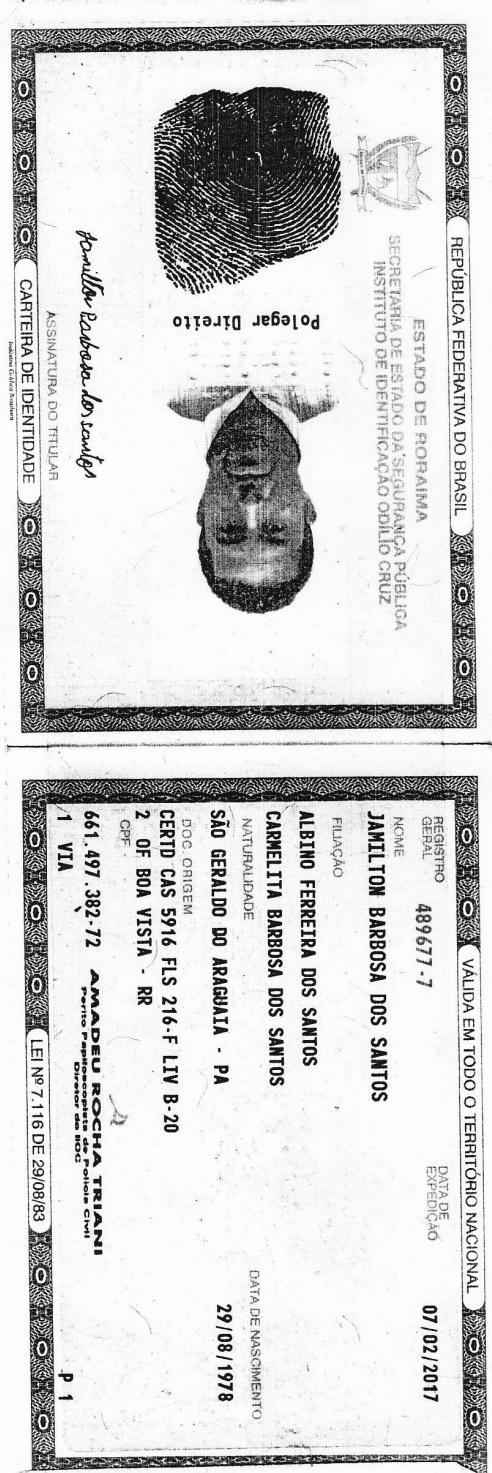
Nome completo: Jamilton Barbosa dos Santos  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado  
Profissão: Pedreiro RG: 489677-7 SSP/R.R.  
CPF: 661497382-72 Endereço: Rua: Canta  
Nº: 120  
Bairro: Dr. Antônio Rocha CEP: 69318-718 Município: Boa Vista / R.R.  
Telefone: (65) 99138-3416 E-mail: \_\_\_\_\_

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



**CAE**  
CNPJ: 05.939.467/0001-16  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-610

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

Matrícula: 1170856 | Abril/2020

**Dados do Cliente:**  
MARIA ELIZANGELA DOS SANTOS ARAUJO

**Endereço para entrega:**  
RUA CANTA, NUM. 00120 - DR AIRTON ROCHA  
BOA VISTA RR 69518-718

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias	
001.01.6.339.0114.000	13	430	RESIDENCIAL	
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto	
NÃO MEDIDO		LIGADO	POTENCIAL	
LEITURA FAT.	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA INF.			10	0
DT. LEITURA				

**ULTIMOS CONSUMOS**

202003	10-0
202002	10-0
202001	10-0
201912	10-0
201911	10-0
201910	10-0
MÉDIA	10

**DESCRICAÇÃO**  
AGUA

**CONSUMO TOTAL(R\$)**  
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
CONSUMO DE AGUA  
10 M3 23,83

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

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

Via do Cliente



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/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 RESSSEGURO. <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 ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

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

Invalidade 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:	<u>Rua Antônio Linhares Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.309.209</u>	
E-mail:	<u>ILOIRR@HOTMAIL.COM</u>						Tel.(DDD):	<u>(65)99154-4282</u>

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

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA ONLINE DE RR  
ENDERECO: 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

Logradouro: ALAMEDAS DOS BAMBU'S

Nº: S-N

CEP: 69309-395

Bairro: PRICUMA

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: ENFRENTE 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 FRENTES ESTAVA TRAFEGANDO UM CAMINHÃO BAÚ QUE DE FORMA INESPERADA FREOU BRUSCAMENTE PARA EVITAR UMA COLISÃO COM OUTRO VEICULO QUE HAVIA CRUZADO A SUA FRENTES, 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 POLICIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

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

JAMILTON BARBOS DOS SANTOS  
COMUNICANTE

19/02/2019



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

:: Guia de Atendimento 17 ::

o Reclassificação \_\_\_\_\_:  
\_\_\_\_\_ Vermelho  
\_\_\_\_\_ Laranja  
\_\_\_\_\_ Amarelo  
\_\_\_\_\_ Verde  
\_\_\_\_\_ Azul Ass.

Reclassificação \_\_\_\_\_  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.: \_\_\_\_\_

Reclassificação  
 ( ) Vermelho  
 ( ) Laranja  
 ( ) Amarelo  
 ( ) Verde  
 ( ) Azul Ass.

DIURNO 07-19 7

AV. Brigadier Eduardo Gómez		Azul Ass.: <input type="checkbox"/>	Azul Ass.: <input type="checkbox"/>	DIURNO 07-19	
1901074989 19/02/2019 10:53:29		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			
Paciente <b>JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS</b>	Data Nascimento <b>29/08/1978</b>	Idade <b>40 A 5 M 21 D</b>	CNS <b>898001190339805</b>	CPF <b>66149738272</b>	
Tipo Doc <b>IDENTIDADE</b>	Documento <b>3570167</b>	Órgão Emissor <b>SSP-RR</b>	Data Emissão <b>30/10/1996</b>	Sexo <b>M</b>	
Estado Civil <b>SOLTEIRO(A)PARD</b>	Raça/Cor <b>BRASILEIRA</b>	Naturalidade <b>SAO GERALDO DO ARAQUAIA - PA</b>	Pai <b>ALBINO FERREIRA DOS SANTOS (95) 99134-1665</b>		
Mãe <b>CARMELITA BARBOSA DOS SANTOS</b>	Endereço <b>RUA - CANTA - 120 - PEROLA - BOA VISTA - RR</b>				
Class. de Risco <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Plano Convênio <b>Caráter do Atendimento URGÊNCIA</b>	Nº da Carteira <b>Profissional do Atend.</b>	Validade <b>Procedência</b>	Autorização <b>Temp.</b>	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Sетor <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>TRANSPORTADO POR TER</b>	Procedimento Sol.	Peso	Pressão
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <b>Queixa Principal:</b> <i>ACIDENTE ACARROTEI JÁ LO!</i>					
Anamnese de Enfermagem			GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL	
<b>Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)</b> <i>PACIENTE VENDEU PE AGENCIA SEM ESCONDELAGE LEVE ZERO DINHEIRO</i>					
<b>Exame Físico</b> <i>TRAUMA CONVUSO</i>			<b>HOSPITAL GERAL DA RORAIMA</b> Av. Brig. Eduardo Gómez, S/N Novo Plantão Tel: (95) 3121-0677 <b>AUTENTICAÇÃO</b>		
<b>Hipótese Diagnóstica</b> <i>TRAUMA CONVUSO</i>			<i>7º MAR. 2019</i> Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fidel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital		
<b>SADT - Exames Complementares</b> <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:					
<b>PRESCRIÇÃO</b> <i>① DIPIRONA 2g EV AGORA          ② TICAZIL 400mg EV AGORA          ③ RX DE PÉ E TAVOZEROS</i>			<b>APRAZAMENTO</b> <i>15:05</i> <i>11:05 NTF</i>		<b>OBSERVAÇÃO</b> <i>A 1.          Técnico em Enfermagem          07/02/2019 10:53:29</i>
<b>Conduta</b> <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:					
<b>Óbito</b> Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<b>Destino:</b> <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica		
<b>Assinatura do Paciente ou Responsável</b>			<b>Carimbo e Assinatura do Médico</b>		

Impresso por: michele.cavalcante  
Data Hora: 19/02/2019 10:53:59

#### **Carimbo e Assinatura do Médico**



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

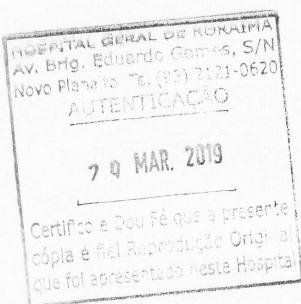
- Trauma centro tibial; PFO,  
volcando o tendão, principalmente  
em reposo recém - houve rx formal  
not. em varicela secundariamente  
descido

\* ~~CO~~ Divalençação, previsão, retorno  
Hospital Coração novo,

06/03/19 \*

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

② Ao (67)





19/2/2019 11:44:56

72.3 %



19/2/2019 11:44:56

77.9 %

, JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

D

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: PJ8BY 3B38C UZCM5 5CF6R





JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS 2202

HOSPITAL CORONEL MOTA

08/03/2019

Fabiola Castro 70,8 %



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8BY 3B38C UZCM5 5QFG8R

14/07/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE EMENDA À PETIÇÃO INICIAL. Arq: Documentos médicos

D



75,1 %

19/2/2019 11:44:56

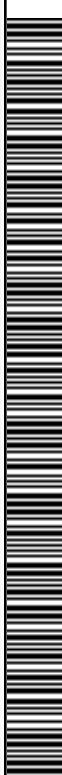
81,1 %

19/2/2019 11:44:56

, JAMILTON BARBOSA DOS SANTOS

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**

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: PJ8BY3B38C UZCM5 5CF6R





# 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: 661.497.382-72 4 - Nome completo da vítima: Jamilson 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: Jamilson Barbosa dos Santos 6 - CPF: 661.497.382-72  
 7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua: Canta 9 - Número: 120 10 - Complemento: casa  
 11 - Bairro: Dr. Adilton Rocha 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.318-718  
 15 - E-mail: FLOIRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 6727 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

Autorizo a Seguradora 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, informar Vivos: Falecidos: 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 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

*Bonito - RR 27/05/2020*

*Jamilton Barbosa dos Santos*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 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:

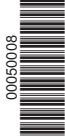
Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.  
Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, 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

Pag. 00015/00016 - carta\_31 - INVALIDEZ



Carta nº 15851924

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: PJSE9 7RR8V JTRGK SAHT3

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://pjobjudi.tjrs.jus.br/pjobjudi/> - Identificador: PJ8QJ15AZZY HR5M3 8VULD

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



Seguradora Líder · DPVAT

**ANEXO 1**

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

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com 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					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
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					



DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=3375...>**Cálculo de Atualização Monetária**

Dados básicos informados para cálculo		
<b>Descrição do cálculo</b>		
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
<b>Valor total</b>	(=)	<b>R\$ 4.154,14</b>
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		Variação do período
16/02/2019	01/03/2019	0,1577 (%)
01/03/2019	01/04/2019	0,5400 (%)
01/04/2019	01/05/2019	0,7200 (%)
01/05/2019	01/06/2019	0,3500 (%)
01/06/2019	01/07/2019	0,0600 (%)
01/07/2019	01/08/2019	0,0900 (%)
01/08/2019	01/09/2019	0,0800 (%)
01/09/2019	01/10/2019	0,0900 (%)
01/10/2019	01/11/2019	0,0900 (%)
01/11/2019	01/12/2019	0,1400 (%)
01/12/2019	01/01/2020	1,0500 (%)
01/01/2020	01/02/2020	0,7100 (%)
01/02/2020	01/03/2020	0,2200 (%)
01/03/2020	01/04/2020	0,0200 (%)
01/04/2020	01/05/2020	-0,0100 (%)
01/05/2020	01/06/2020	-0,5900 (%)
01/06/2020	01/07/2020	0,0200 (%)
Acréscimos de juro, multa e honorários		
Juros(514 dias-18,58767%)	(+)	R\$ 651,13
Sub Total	(=)	R\$ 4.154,14
<b>Valor total</b>	(=)	<b>R\$ 4.154,14</b>

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