



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Adriano da Silva
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
Profissão: Autônomo RG: 500543-4 SSP/RR
CPF: 394.476.908-23 Endereço: R Tancreto Ayres
Q 410 Nº: 153
Bairro: Senador Melo Viana CEP: 69.316-560 Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 98103-1982 E-mail: adrianinho.annynha@gmail.com

Pelo presente instrumento procuratório, nomeio e constituo, como meus procuradores, ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, e ANDRÉ CARLOS ISRAEL, brasileiro, casado, advogado inscrita na OAB/RR sob o nº. 2045-N, ambos com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad 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, 09 de Agosto de 2020.

x Adriano da Silva

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: Adriano da Silva

Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro

Profissão: Autônomo RG: 500543-4 SSP/RR

CPF: 394.476.908-23 Endereço: R. Tarélio Ayres

Q410 Nº: 153

Bairro: Senador Melo Viana CEP: 69.316-560 Município: Boa Vista / RR

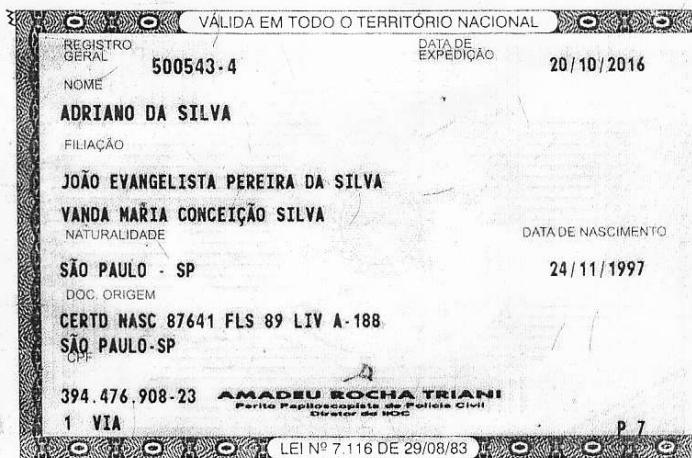
Telefone: (65) 98103 - 2982 E-mail: adrianinho.amyinha@gmail.com

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

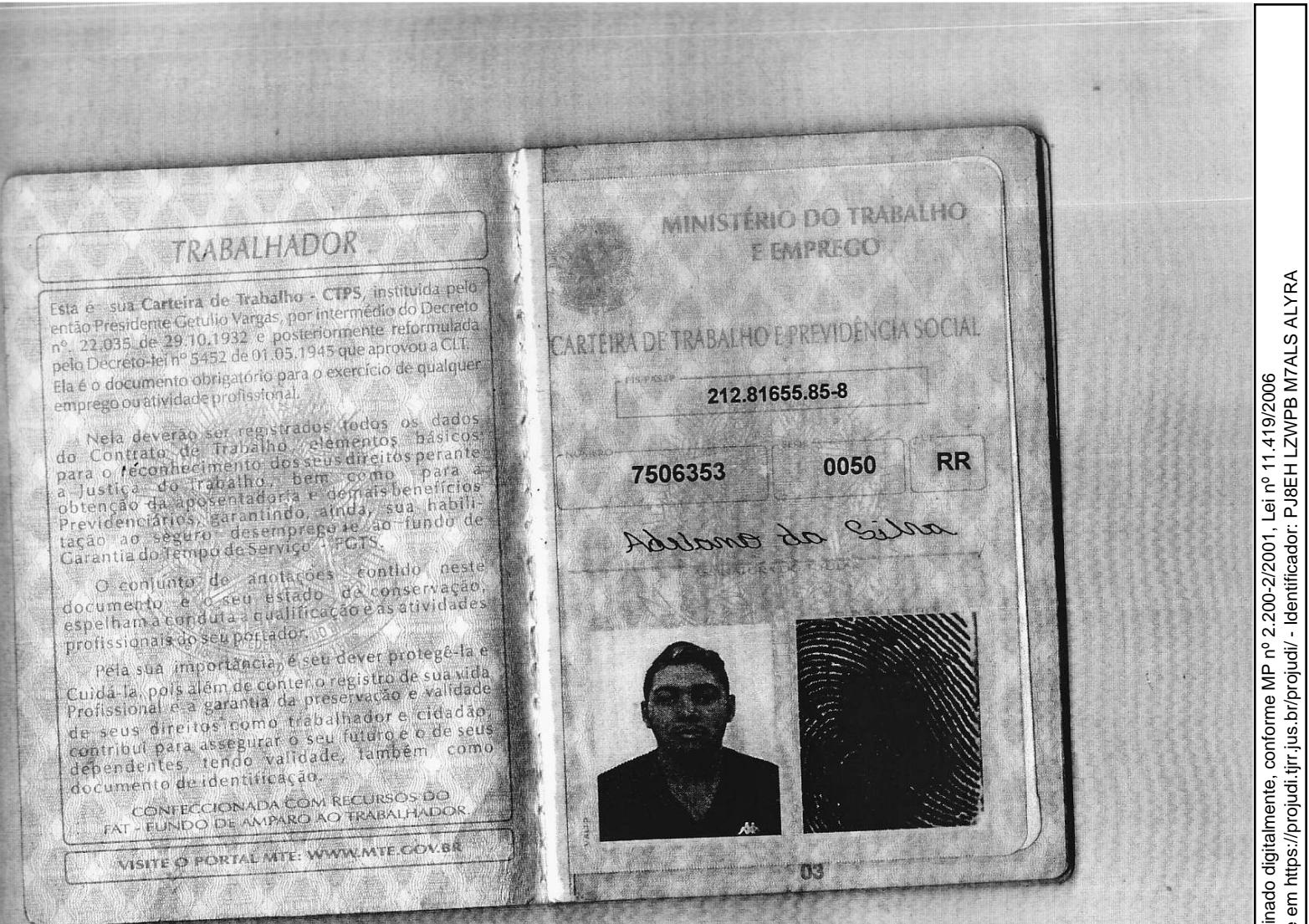
Boa Vista/RR, 09 de Agosto de 2020.

Adriano da Silva

Declarante



15 JUL. 2019



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ADRIANO DA SILVA	
1418.55083353-50-37	
FILIAÇÃO.....	VANDA MARIA CONCEIÇÃO SILVA JOAO EVANGELISTA PEREIRA DA SILVA
NASCIMENTO....	24/11/1997
ESTADO CIVIL...:	SOLTEIRO
NATURALIDADE:	SÃO PAULO - SP
DOCUMENTO....	R.G. - 5005434 - 20/10/2016 - SESP - RR
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995	
CPF.....	394.476.908-23
TIT. ELEITOR:	CNH..... SEÇÃO:
LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA	ZONA:
DATA DE EMISSÃO.: 16/01/2018	
<i>Magnó Della-Flora.</i>	
MAGNO PILLON DELLA-FLORA Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/RR ASSINATURA DO SERVIDOR	
ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
FILIAÇÃO	
DATA DE NASC. DE	/ /
DOCUMENTO	/ /
NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	CARIMBO
DOCUMENTO	
NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	CARIMBO
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	CARIMBO
NOTA:	
L E C. E N D A	
A. CASAMENTO C. DIVÓRCIO E. RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G. DATA DE NASCIMENTO	
B. SEPULTURA D. ÓBITO F. MUDANÇA DE UNIVINHA	

CONTRATO DE TRABALHO	
03.742.809/0001-87	
F. P. DE AGUIAR NETO - ME	
Av: Sebastião Diniz, 1029 - Centro	
CEP: 69.301-040	
Boa Vista	RR
VERIFICAR	
CRON 5233-10	
03 - SETEMBRO 2018	
03 03 18	
R\$ 986,00	
F. P. DE AGUIAR NETO	
13 - DANEIRO 2019	
08	

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	
UF DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
VALOR DA REMUNERAÇÃO	CRON
DATA DE ADERÊNCIA	DE
ESPECIE	DE
REUNIÃO AO TITULAR	
ANEXO: CONTRATO DE TRABALHO	
DATA DE SAÍDA	DF
DATA DE VOLTA	DE
DATA DE FIM DA DURAÇÃO	DF
PERÍODO DA DURAÇÃO	DE





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002212/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/01/2019 10:29 Data/Hora Fim: 30/01/2019 10:36
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 03/06/2018 21:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Asa Branca

Logradouro: Avenida Ataíde Teive

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: ADRIANO DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SP - São Paulo Sexo: Masculino Nasc: 24/11/1997
Profissão: Desempregado
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Vanda Maria Conceição Silva Nome do Pai: Joao Evangelista Pereira da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 394.476.908-23

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Dalicio Aires Nº: 153
Bairro: Senador Helio campos
Telefone: (95) 98120-8416 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	394.476.908-23	Placa	NAO9862
Renavam	01142816238	Número do Motor	KC22E0J009866
Número do Chassi	9C2KC2200JR009774	Ano/Modelo Fabricação	2018/2018
Cor	VERMELHA	UF Veículo	Roraima
Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/CG 160 FAN
Modelo	HONDA/CG 160 FAN	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Última Atualização Denatran	15/02/2018	Situação do Veículo	REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Adriano da Silva	Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002212/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafegava pela Avenida Ataíde Teive, sentido centro, conduzindo a motocicleta acima descrita, quando bateu em um quebra molas, perdeu o controle e caiu, sofrendo lesões corporais. Que foi socorrido pelo SAMU. Que regista SOMENTE para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS

Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento

Adriano da Silva
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e cliente que poderé 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."



21/08/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Documentos médicos

03/06/2018

...:: 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**



Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: lellson.sousa
Data Hora: 03/06/2018 22:03:19



<http://10.102.5.252:8888/IS4/is4//EBC8EEB1-004B-4376-AD09-6163660B234F.html>

15 JUL. 2019

3190 1335 339



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 SUSEP¹ 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**.

Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

¹ 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 Flávia Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Adriano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 394.476.508 / 23, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Adriano da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 394.476.508 / 23, 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 Góes</u>	Número <u>3832</u>	Complemento
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Bea Vista</u>	Estado <u>RR</u>
Email <u>flavir@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>99154-4282</u>

Boca Vista RR , 23 de abril de 2019

Locaté Data

Assinatura do Declarante

15 JUL. 2019



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, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190335339

Vítima: ADRIANO DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ADRIANO DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15125733



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



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 prejuízos 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	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
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	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 dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

