



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Altamir Nascimento de Souza Filho
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
Profissão: _____ RG: 38.22049 SSP/RR
CPF: 019.177.932-28 Endereço: R. SD PM Mineu F Lima
Nº: 589
Bairro: Caranã CEP: 69.313-580 Município: Boa Vista / RR
Telefone: () _____ 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 judicium*, 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, 05 de Agosto de 2020.

Altamir Nascimento de Souza Filho
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: Altamir Nascimento de Souza Filho
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
Profissão: _____ RG: 3812049 SSP/RR
CPF: 014.177.932-28 Endereço: R SO PM Azeite F Lima
Nº: 589
Bairro: Caranã CEP: 69313-580 Município: Boa Vista / RR
Telefone: () _____ 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, 05 de Agosto de 2020.

Altamir Nascimento de Souza Filho
Declarante

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO		ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
		NOME	
ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO		DATA DE NASCIMENTO	
FILIAÇÃO..... RITA SARAIVA DOS SANTOS		DOCUMENTO	
ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA		NOME	
NASCIMENTO..... 06/06/1988		DATA DE NASCIMENTO	
ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO		DOCUMENTO	
NATURALIDADE..... BOA VISTA - RR		NOME	
DOCUMENTO..... R.G. - 3812049 - 21/10/2016 - SESP - RR		DATA DE NASCIMENTO	
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995		DOCUMENTO	
CPF..... 014.177.932-28		NOME	
TIT. ELEITOR:		DATA DE NASCIMENTO	
LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR BOA VISTA		DOCUMENTO	
DATA DE EMISSÃO: 16/12/2016		NOME	
ZONA:		DATA DE NASCIMENTO	
CNH.....		DOCUMENTO	
SEÇÃO:		NOME	
Assinado digitalmente por: Magno P. da Silva		DATA DE NASCIMENTO	
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/RR		DOCUMENTO	

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO	
212.23090.09-6	
3758161	0050 RR
ALTAMIR N. de SOUZA FILHO	
	





Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

014.177.932-28

Nome

ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO

Nascimento

06/06/1998





RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691, Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.473/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1
Regime Especial de Impulsão autorizada pela SEFAZ 256/13

Para contatar, ligue
o Roraima Energia
ou envie o e-mail

0130280-9

Nº da Nota Fiscal 5048397

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE PLCAN*
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

ABRIL/2020

06/05/2020

148

132,05

ELIANA SARAIVA DOS SANTOS
R. SD PM ARINEU F LIMA 589 - CARANA
CEP: 69.313-580 - BOA VISTA

CPF: 00038311135215

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 20791	Atual: 23/04/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1.2
Anterior: 20143	Anterior: 23/03/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 31	Próxima leitura: 23/05/2020	Ligação: UNIDADE
Constante de Mult. por exat.: 148	Emissão: 23/04/2020	Número Medidor: 1418601001
Consumo medido: 148	Apresentação: 23/04/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 148		Modalidade: 0 1520328

CONSUMO
ILUMINACAO PUBLICA

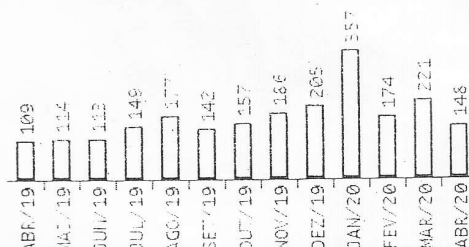
148 A R\$ 0,764425 = 113,13
18,92

OUTRAS INFORMAÇÕES

PARCELAS EM ATRASO:
0 A 148 0,0000

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

Média 12 meses: 148



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 23/04/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
		ALÍQUOTA	VALOR
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ICMS:
11,18	3,46	113,13	17,00%
2,00	21,69		PIS:
			0,30%
			0,40



25/08/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Boletim de Ocorrência



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: 5788/2020 - Registrado em: 02/07/2020 às 13h 07min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 12/03/2020 às 11h 00min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: PARIME BRASIL

Nº: S/N

CEP: 69000-000

Bairro: CARANA

Tipo de local:

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO(22), nascido(a) em 06/06/1998, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 014.177.932-28, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de RITA SARAIVA DOS SANTOS e ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA, endereço: SD PM ARINEU F. LIMA, cep: 69300-000, Nº: 589, bairro: CARANA, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99146-5120.

OBJETOS

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA FAN 150 DE PLACA NAN-8445 DE PROPRIEDADE DE ELIANA SARAIVA DOS SANTOS NO ENDEREÇO ACIMA SENTIDO BAIRRO QUANDO UM CARRO GOL QUE VINHA NA SUA FRENTE FREOU BRUSCAMENTE NO MEIO DA VIA NÃO DANDO TEMPO DE DESVIAR ASSIM O MESMO VEIO A COLIDIR NA TRASEIRA DO CARRO, QUE COM A COLISÃO O MESMO SOFREU FRATURA NA PERNA ESQUERDA, O MESMO INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU ATE O HGR. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRICULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRICULA: 42000432
ASSINADO ELETRONICAMENTE


ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO
COMUNICANTE



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

1ª Classificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

10/20/2020

2001229877 12/03/2020 11:45:15 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 14

Paciente ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO Data Nascimento 06/06/1998 Idade 21 A 9 M 6 D CNS 706306751112573 CPF Prontuário

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

IGNORADO 3812049 SSPRR M NAO PARDA BRASILEIRA

Mãe RITA SARAIVA DOS SANTOS Contato ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA

Endereço RUA - PARIME BRASIL - 922 - CARANA - BOA VISTA - RR Ocupação NÃO INFORMADA

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Sector GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada SAMU CAPITAL Procedimento Sol. Registrado por: ERBEJONE.SIMPLICIO

Queixa Principal trancido pelo socorrista ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem Wex alergias

GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) Colar mole x carro, si ejacul de capote.

Repre dor em perna e pi (E).

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica Trauma de extre m. de b.

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO -X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

(1) Diclofenaco (EV) (2) Diclofenaco (IM) (E)

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Francisca Alves Oliveira

COREN-PR 497366 Aux. Enf.

Dr. Elden Soares

Ortopedia e Traumatologia

CRM 1878/RR

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório

☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)

☐ Alta a Revelia ☐ Internação

☒ Transferência para: ortopedia Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____:____:____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica ____/____/____:____:____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: erbejone.simplicio

Data Hora: 12/03/2020 11:46:22

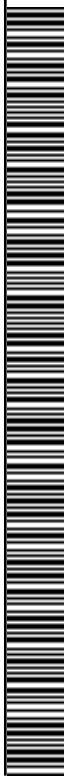
2001229877

© 2020

BOECH - Soluções em Tecnologia

Gratuito em 2020

Via: 4.2.59 - 01.09.43



Ortopedias
problemas com os
de odores com mais
apresentando problemas em um dos
juntos E.

Dr Elder
Dr Paulo
Dr Renato





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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ANUÍDA, 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 Glair Inacio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.053.552-04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Altomir Nascimento de Souza Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.577.932-28

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidoz da Vítima Altomir Nascimento de S. Filho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.577.932-28 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 Lider-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 Pinheiro Galvão Número: 3832 Complemento: _____
Bairro: Surutis Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.309-209
E-mail: Glairrr@hotmail.com Tel.(DDD): (95) 99154-4282

Local e Data: Boa Vista - RR, 06 de julho de 2020

Assinatura do Declarante



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, 22 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253596

Vítima: ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO

Data do Acidente: 12/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALTAMIR NASCIMENTO DE SOUZA FILHO

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 12/03/2020, emitido pelo Dr. ELDER SOARES CRM nº 1828 - 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. 00639/00640 - carta_31 - INVALIDEZ

00040320



Carta nº 15961401

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: PJDN2 RJ6G9 3AY68 8WEJA





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:

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):

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

- ☐ 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.

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 Líder 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.

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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 cursam 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					
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					

