



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIAL

Nome completo: Alizio Alves de Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Divorciado
Profissão: Autônomo RG: 9164 SSP/RR
CPF: 015.067.572-00 Endereço: R. Antonio P. Galvão
Nº: 1860
Bairro: Bunitis CEP: 69.309-209 Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 98400-2223 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, 07 de Agosto de 2020.

Outorgante

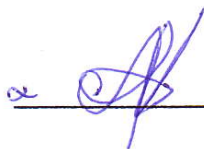
Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR
Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 99118-5777
E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Aluizio Alves de Oliveira
ESTADO CIVIL: Divorciado PROFISSÃO Autônomo
RG nº. 9169
CPF/MF nº. 015.067.572-00
ENDEREÇO: R. Antonio P. Galvão, 1860, Brasília

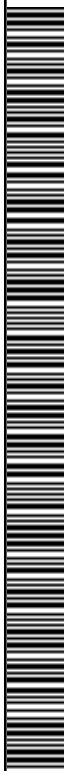
DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 07 / de Agosto de 2020.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1923694035	NOME ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF 9164 SSP RR	
	CPF 015.067.572-00	DATA NASCIMENTO 26/07/1945
	FILIAÇÃO PAULO PADRE DE OLIVEIRA RITA SINEZIA DE SENA	
	PERMISSÃO B	ACC B
	CAT. HAB. AB	
	Nº REGISTRO 01392391682	VALIDADE 15/08/2021
		1ª HABILITAÇÃO 24/11/1966
	OBSERVAÇÕES A	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1923694035	ASSINATURA DO PORTADOR	
	LOCAL BOA VISTA, RR	DATA DE EMISSÃO 11/12/2019
	ASSINATURA DO EMISSOR IGO GOMES BRASIL DIRETOR PRESIDENTE DETRAN-RR	
	01456462726 RR210371315	
RORAIMA		



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Aluísio Alves de Oliveira
Loc. Nasc. Apodi Est. R.N. Data 26.07.1945
Filiação Paula Sandra de Oliveira e. da
Rita Sônia de Sousa
Doc. nº 9.164.123 via CI SSP/RR - 13.08.92

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. nº
Exp. em Estado
Obs.
Data Emissão 04.04.2000 DRT R.R.

Waldemir Costa da Silva
Mat. 0250669 - Insc. 12640-3
Posto 141001-6 - DRT/RR

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
Doc.
Nome
Doc.
Nome
Doc.
Est. Civil
Nome
Doc.
Est. Civil
Nome
Doc.
Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR



Numero **066766**
Serie **00001-RR**



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL
DRT/RR

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.
Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.
Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.
Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" corram para o agravamento de sua lesão.
Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.
Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.
As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.
Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.
Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.
Conversa e discussão no trabalho predis põem a acidentes pela desatenção.
Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.
Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.
Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.
Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.
Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.
Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

12

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CGC/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento.....

Cargo

..... CBO nº.....

Data admissão de de 19

Registro nº..... Fls./Ficha.....

Remuneração especificada.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º.....

Data saída de de 19

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º.....

Com. Dispensa CD Nº.....

.....

CONTRATO DE TRABALHO

13

Empregador

CGC/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento.....

Cargo

..... CBO nº.....

Data admissão de de 19

Registro nº..... Fls./Ficha.....

Remuneração especificada.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º.....

Data saída de de 19

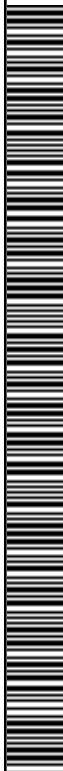
.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º.....

Com. Dispensa CD Nº.....

.....



Via de Pagamento para o mes/ano: 07/2020 referente a UC...

<https://www.roraimaenergia.com.br/segundavia/fatura.php>



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5678473

ETIENE MARCELLE MENDONCA DE OLIVEIRA

R. ANTONIO P GALVAO, 1860 ,

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 201510	MÊS 07/2020	PERÍODO DE CONSUMO 24-JUN-20 a 27-JUL-20
CONSUMO (kWh) 117	VENCIMENTO 05-SEP-20	TOTAL A PAGAR R\$ 133,80

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada

- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 201510	MÊS 07/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 133,80
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836500000010.338000750004.000000000208.151007200059





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: 6220/2020 - Registrado em: 08/07/2020 às 09h 41min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 14/02/2020 às 11h 00min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: GLAYCON DE PAIVA

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: CENTRO

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA(75), nascido(a) em 26/07/1945, sexo MASCULINO, divorciado(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 015.067.572-00, País: BRASIL, natural de APODI-RN, filho(a) de RITA SINEZIA DE SENA e PAULO PADRE DE OLIVEIRA, endereço: ANTONIO PINHEIRO GALVÃO, cep: 69309-209, Nº. 1860, bairro BURITIS, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 98400-2223.

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 HONDA/CG TITAN, CHASSI 9C2JC250VVR129290, PLCA: NAH-7574, DE PROPRIEDADE DE JOSÉ FEITOSA DA SILVA NETO, QUANDO AO TERMINAR DE FAZER A ROTATÓRIO PARA ADENTRAR A AVENIDA GLAYCON DE PAIVA, UM CARRO QUE VINHA ADENTRANDO A VIA COM O MOTORISTA FALANDO AO TELEFONE NÃO VIU O COMUNICANTE, COLIDINDO ASSIM O RETROVISOR DO CARRO NA COSTA DO COMUNICANTE FAZENDO COM QUE O MESMO PERDESSE O CONTROLE E VIESSE A CAIR, QUE COM A QUEDA O MESMO SOFREU TRAUMA NA MÃO DIREITA. É O RELATO.

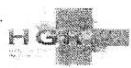
ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRONICAMENTE


ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA
COMUNICANTE

14/04/2020

...: Guia de Atendimento 17 ...:

Visto
OUE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação/Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

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

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

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

2001236311 14/04/2020 11:36:32 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 12

Paciente **ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA** Data Nascimento **26/07/1945** Idade **74 A 8 M 19 D** CNS **898000450748598** CPF **01506757200** Prontuário **00077647**
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 9164 SSPRN M PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA
Mãe **RITA SINÉZIA DE SENA** Pai **PAULO PADRE DE OLIVEIRA** Contato **(95) 36289-895**
Endereço **RUA - CORONEL PINTO - 1266 - CENTRO - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento **TRAUMATICO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. Registrado por: **ADAO**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: **Dr. Eder Soares**
Clínica de Traumatologia
RM 1828/RR
OPERAÇÃO

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ HML Análise Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: **adao**
Data Hora: **14/04/2020 11:37:15**

© 2015
SOTEC - Soluções em Tecnologia
CNPJ: 16.040.888/0001-01
Viz. 42.50-01/2013



2001236311

ORTOPEDIA. (12:45)

Trauma. Contusão no mto (E) (médio)

Acidente ocorrido com motocicleta (HC).

Do xoma: sem lesão sem alteração.

RX: sem fratura ou luxação.

CP: LMC com 50% 4 litro.

STENO

WRATIVO

ALTA LAZARCO

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR



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: 0800-1596 / 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/IBIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29036>

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 COAF*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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 ILEGAIS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98

Pelo exposto, eu Ildir Inacio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Aluizio Alves de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.067.572 00
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Aluizio Alves de Oliveira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.512 / 04 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 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 P. Galvão</u>	Número: <u>1932</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ildirre@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.309.209</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 15/07/2020

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, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253695

Vítima: ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 14/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALUIZIO ALVES DE OLIVEIRA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Carta nº 15987958

Pag. 00317/00318 - carta_03 - INVALIDEZ



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: PJ8A5 QT4GC A2MR7 A2MGA





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: 055.067.572-00 4 - Nome completo da vítima: Aluizio Alves de Oliveira

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

5 - Nome completo: Aluizio Alves de Oliveira 6 - CPF: 055.067.572-00
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua: Antonio Pinheiro Galvão 9 - Número: 1860 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Buritis 12 - Cidade: Boca Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69309-209
15 - E-mail: luiz@Hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95)99154-4282

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: 53373- 4 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 (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(vainascido)? ☐ 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, _____

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 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					

