

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Charmela Francisca Souza
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
Profissão: Secretário RG: 139.915 SSP/RR
CPF: 662301.682 - 00 Endereço: Rua Rio Amajari - 11 - 1
Bairro: Araceli S. Maior CEP: 69315 - 018 Município: Boa Vista / RR
Telefone: (68) 99943 - 9999 E-mail: iloirrr@hotmail.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 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, 19 de novembro de 2020.

Pharmela Francisca Souza

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: Charmela Francisca Souza
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
Profissão: Secretária RG: 139.915 SSP/ RR
CPF: 562.301.682-00 Endereço: Rua Rio Amajari - 11 - 11
11 - 11 - 11 - 11 - 11 - 11 - 11 - 11 - 11 - 11 Nº: 260
Bairro: Araceli S. Maior CEP: 69315-008 Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 99943 - 9999 E-mail: iloirrr@hotmail.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, 19 de novembro de 2020.

x Charmela Francisca Souza
Declarante

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Charmela Francisca Souza

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 139915 SSP/RR

ENDEREÇO: Rua: Rio Amajari - N: 260, Anacelis

OUTORGADO

NOME: Ilmar Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114804

ENDEREÇO: Rua: Antonio Pinheiro Galvão - 1832, Burity

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 16 / 03 / 2020 cobertura Invalidez, vítima: Charmela Francisca Souza

BOA VISTA 20-03-2020

LOCAL E DATA

Charmela Francisca Souza

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Atalaia Teófilo, 4307 - Ass. Branca - Boa Vista/RR
Fone: (68) 3627-4195
2oficio@boa.vista.cartoriosquino.com.br

191.372-12-4081-15510
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de CHARMELA FRANCISCA SOUZA

Em testemunho da verdade, DHA
Do que deu fe. Boa Vista/RR, 20 de março de 2020.
Consulte sigi (sigilo) online em sigi.cartoriosquino.com.br
REC.FIR.166296BEYIKT-26RL76347

Emolumentos: R\$ 2,56 Fundos ISS: R\$ 0,65 SELO: R\$ 1,50

191.372
Diara Carvalho
Barbosa dos Santos
Daniela
Aquino
Exercente Autorizada

TRABALHADOR	
<p>Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 5452 de 04.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.</p> <p>Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.</p> <p>O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.</p> <p>Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.</p> <p>CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.</p> <p>VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR</p>	

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO	
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL	
PIS/PASEP 190.04724.77-2	
NUMERO 9769131	SERIE 0040
RR	
Chamela Francisca Souza	
ASSINATURA DO TITULAR	

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	
CHARMELA FRANCISCA SOUZA	
FILIAÇÃO: NATALIA IZIDIA DO ROSÁRIO DE SOUZA	SEXO: FEMININO
NASCIMENTO: 19/05/1972	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BONFIM - RR	DOCUMENTO: R.G. 139915 SESP RR 29/05/2013
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995	CNH: 005
CPF: 562.301.862-00	SEÇÃO: 0309
TTT. ELEITOR: 2165192682	LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 14/05/2015
ASSINATURA DO EMISSOR	

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
FILIAÇÃO	
DATA DE NASC. DE / / PARA / /	
DOCUMENTO	ATIVO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME	
DOCUMENTO	MOTIVO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME	
DOCUMENTO	MOTIVO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME	
DOCUMENTO	MOTIVO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
LEGENDA	
A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO B - SER. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA	

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR			
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
CARTEIRAS ANTERIORES			
NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
2625744	0040	RR	23/09/2005
14.05.2015 Antônia Lima 50			
DATA DA ANOTAÇÃO Agente Administrativo			
NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
9351083	0030	RR	02/10/2012
14.05.2015 Antônia Lima 50			
DATA DA ANOTAÇÃO Agente Administrativo			
NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	34.8 2305/0301-90 Gilce O. Pinto - ME
CCC/CPF/CEI	Travessa B, nº 89 - Centro
ENDEREÇO	CEP: 69.301-225
MUNICÍPIO	BOA VISTA RR
ESP. DO ESTABELECIMENTO	Prod. Serv.
CARCO	aux. serv. gerais
CBO Nº	5241-20
DATA DE ADMISSÃO	01 de Junho de 2015
REGISTRO Nº	PL 1714
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	R\$ 820,00 (oitocentos e vinte reais)
1ª	
DATA DE SAÍDA	23 de Setembro de 2019
1ª	
CONL. DISPENSA CD Nº	
Fóts Nº DA CONTA	

CAERR ATENDIMENTO
0800 280 9520
CNPJ: 05.638.487/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-610

Matrícula: **743879** Janeiro/2020

Dados do Cliente: MARIA DO CARMO NUNES
Endereço para entrega: RUA RIO AMAJARI, NUM. 00260 - PROFA ARAC
ELI SOUTO MAIOR BOA VISTA RR 69315-018

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.032.424.0410.000	21	2180	RESIDENCIAL

Hidômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	LIGADO

LEITURA FAI.	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA INF.			10	0
DT. LEITURA				

ULTIMOS CONSUMOS

DATA	CONSUMO (m³)
201912	10-0
201911	10-0
201910	10-0
201909	10-0
201908	10-0
201907	10-0
MEDIA	10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2006 G.M.

PROTECTOR	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	S.COLI
EXISTENTES	189	189	189	189	189
REALIZADAS	189	189	189	189	189
COMPARAÇÃO	189	189	189	189	189

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83
ESGOTO	30,0 % DO VALOR DE AGUA	19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019		0,95

VENCIMENTO: 15/02/2020 **TOTAL A PAGAR** 43,84

AVISO: LEMBRANDO QUE CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

CAERR

MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
743879	01/2020	15/02/2020	43,84

82690000000- 9 43840004001- 2 00074387901- 7 01202040003- 7

IMPRESSO EM: 03-01-2020 10:07:43

Via do Cliente



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: 4012/2020 - Registrado em: 02/06/2020 às 12h 31min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 16/03/2020 às 11h 50min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: MAURO CAMPELO

Bairro: JOQUEI CLUBE

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Tipo de local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

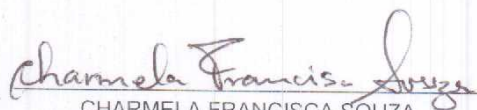
CHARMELA FRANCISCA SOUZA(48), nascido(a) em 19/05/1972, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de SECRETÁRIA(O), CPF Nº 562.301.682-00, País: BRASIL, natural de BONFIM-RR, filho(a) de NATALIA IZIDIA DO ROSARIO DE SOUZA e IGNORADO, endereço: RIO AMAJARI, cep: 69315-018, Nº: 260, bairro: PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 98409-1203.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: A COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA SUNDOWN/WEB 100, PRETA, PLACA NAV-8792, QUANDO AO FAZER A CURVA DO ENDEREÇO ACIMA, SENTIDO CENTRO/BAIRRO SENTIU ALGO BATER NA TRASEIRA DA MOTOCICLETA (A MESMA NÃO SABE INFORMAR O QUE BATEU NA MOTO), QUE COM A BATIDA OCORREU O ACIDENTE E O ACELERADOR DA MOTO TRAVOU FAZENDO COM QUE A MESMA SAÍSSE DERRAPANDO NO ASFALTO, QUE COM A QUEDA SOFREU FRATURAS NO PÉ DIREITO, E FORA SOCORRIDA POR POPULARES E LEVADA O COSME E SILVA E EM SEGUIDA LEVADA PARA O HGR. É O RELATO

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

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


CHARMELA FRANCISCA SOUZA
COMUNICANTE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN - RR CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 013254970496		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU UNAO - SEGURO DPVAT	
VIA 00951148/2016		CORRE-NAVAM 00951148/2016		ENTR.C. 2016		RR Nº 013254970496	
MODIA CORTEIRA DO BRASIL		NOME		PLACA ANT. UF		PLACA 897-034-RR	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTIVEL		ANO MOD.		ANO FAB.	
PES/MOTONET/125cc		GASOLINA		2004		2004	
SUNDOLIN/1600		MARCA/MODELO		COR/PREDOMINANTE		CATEGORIA	
28/000411		CAP/POT/OIL		PRETA		PARTICU	
COTA UNICA		VENO/COTAS		FAIXA I RVA		PARCELAMENTO / COTAS	
1 80450*		1e *****		** DAIGO COA UNICA **		2 *****	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		IOF (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
84.15		R\$0.00		R\$84.15		29/12/2016	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		FAS (R\$)		ANO FAB.		ANO MOD.	
R\$0.00		R\$0.00		2004		2004	
PREMIO TARIFARIO		DEVALUAC (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)		TOTAL SEGRADO SEGURO (R\$)	
R\$0.00		R\$0.00		R\$0.00		R\$0.00	
DATA DE OUTRAGO		PARCELADO		COTA UNICA		SEGRADORA LIDER - DPVAT	
29/12/2016		R\$0.00		R\$0.00		CNDJ-09.22.6.608.0001-04	

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação		Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde									
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE									
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308									
2001231219	16/03/2020 14:51:57	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19 23			
Paciente	CHARMELA FRANCISCA SOUZA	Data Nascimento	19/05/1972	Idade	47 A 9 M 28 D	CNS	700005005782502	CPF	56230168200
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	SSP/RR	Data Emissão	18/11/2015	Sexo	F	Estado Civil	SOLTEIRO(A)PARDA
IDENTIDADE	139915	SSP/RR	18/11/2015	F	SOLTEIRO(A)PARDA	Naturalidade	BOA VISTA - RR	Nacionalidade	BRASILEIRA
Mãe	NATALIA IZIDIA	Pai	NC	Contato	(95) 99943-9999	Ocupação			
Endereço	RUA - RIO AMAJARI - 260 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal				
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Setor	GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Registrado por:	ANTONIA.SOARES			
Queixa Principal	Paciente com edema (bichocas) em pé (D).								
Anamnese de Enfermagem	Refere alergia à Dipirona e Paracetamol.					GSC	TOTAL		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 14:55 h)	Paciente refere queda, com torção do pé (D), refere vir encaminhada do Corne e Silve. Cl RX - pé (D).					AO: 1234	RV: 12345	MRV: 123456	
Exame Físico	Boa, com ASA, eupneia, deambulando com dificuldade.								
Hipótese Diagnóstica	fratura em pé direito								
SADT - Exames Complementares	RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS: Fez o presente.								
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO					OBSERVAÇÃO			
Prescrição de medicamentos e procedimentos.									
Condução	() Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelia (X) Transferência para: ortopedia.								
óbito	Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica								
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico					Daniel do N. Araújo Médico RM-RR 2132			
Impresso por: antonia.soares	Data Hora: 16/03/2020 14:53:08					2001231219			

Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 562.301.682-00	
4 - Nome completo da vítima: Charmela Francisca Souza			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: Charmela Francisca Souza		6 - CPF: 562.301.682-00	
7 - Profissão: autônoma		8 - Endereço: Rio Amajari	
9 - Número: 260		10 - Complemento:	
11 - Bairro: Anaulis		12 - Cidade: Boa Vista	
13 - Estado: RR		14 - CEP: 69.300-000	
15 - E-mail: ILOIERRR@hotmail.com		16 - Tel.(DDD): (95) 98404-5368	
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: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: Brasil			
AGÊNCIA: <input type="text"/>		AGÊNCIA: 0250	
CONTA: <input type="text"/>		CONTA: 75477	
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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:			
30 - Vítima deixou nascituro(vainascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:			
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - <input type="text"/>			
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)			
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)			
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)			
38 - 1ª Nome: <input type="text"/>			
CPF: <input type="text"/>			
Assinatura da testemunha			
39 - 2ª Nome: <input type="text"/>			
CPF: <input type="text"/>			
Assinatura da testemunha			
40 - Local e Data, Boa Vista-RR, 20/10/2020			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Charmela Francisca Souza			
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)			
43 - Assinatura do Procurador (se houver)			

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJYBT TX68E CU268 HYV73





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12¹

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 RESSGURADO. 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 Gloir Inácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Charmela Francisca Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 562.301.682/00
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Charmela Francisca Souza
inscrito (a) no CPF sob o Nº 562.301.682 / 00, 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.

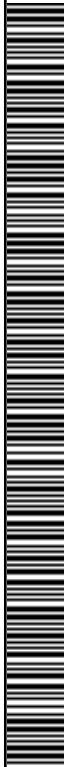
Endereço: Rua Antônio P. Galvão Número: 1832 Complemento: _____
Bairro: Buriti Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.309-209
E-mail: INHERRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95)98404-5363

Local e Data: Boa Vista - RR, 18/06/2020

Assinatura do Declarante



AO= 250-X
CC= 75477-3
BRASIL





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, 23 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219249

Vítima: CHARMELA FRANCISCA SOUZA

Data do Acidente: 16/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), CHARMELA FRANCISCA SOUZA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15887049

Pag. 01393101394 - carta_07 - 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: PJ8W2 GAWS4 EDVS8 2YKLR



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 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					

