

Consulta processo: x 0800975-03.2019.8.18.0048 x 0800595-58.2020.8.18.0048 x Email - Reinaldo F. x Zimbra: Entrada (1) x Tribunal de Justiça x Portal do Advogado x +

ProOrd 0800975-03.2019.8.18.0048
MARLI PEREIRA DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO

8225855 - CONTESTAÇÃO (2691519 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 06/02/2020 17:02:16

06 Feb 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 8225854 - CONTESTAÇÃO (2691519 CONTESTACAO 01)
- 8225860 - Documentos (2691519 CONTESTACAO Anexo 02)
- 8225864 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
- 8225865 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
- 8225866 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

20 Dec 2019

AUDIÊNCIA CONCILIAÇÃO DESIGNADA PARA 07/04/2020 10:00 VARA ÚNICA DA COMARCA DE DEMERVAL LOBÃO.

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE DEMERVAL LOBÃO/PI

AUSÊNCIA DE COBERTURA

Processo n.º 08009750320198180048

PT 17:08 06/02/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE DEMERVAL LOBAO/PI

AUSÊNCIA DE COBERTURA

Processo n.º 08009750320198180048

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARLI PEREIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que seu ex companheiro, **COSMO SILVA DO BONFIM**, foi vítima de acidente automobilístico ocorrido em 15/07/20118, o que acarretou no seu óbito.

Ocorre que logo após o falecimento da vítima, as filhas do *de cujus* requereram administrativamente indenização recebendo o valor de R\$6.750,00 cada, somando a monta de R\$13.500,00, tendo assim o réu cumprido com o pagamento integral da indenização.

Todavia, cabe também ressaltar que no presente caso não resta demonstrado nexu causal entre o suposto acidente alegado e a morte da vítima tendo em vista que a parte autora não apresenta boletim de ocorrência e qualquer documento médico comprovando a ocorrência do sinistro.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015^[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA

DA AUSÊNCIA DE PROCURAÇÃO ATUALIZADA

Verifica-se que o instrumento de mandato outorgado ao advogado da parte Autora, viola a regra esculpida no art. 104 do CPC, tendo em vista que o mesmo encontra-se desatualizado.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração válida não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

CARÊNCIA DE AÇÃO - FALTA DE DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(AUTO DE NECRÓPSIA / LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO – IML E BOLETIM DE OCORRÊNCIA).

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT a indenize pelo suposto falecimento de seu ente no acidente noticiado.

A RÉ DEMONSTRARÁ A SEGUIR QUE A PARTE AUTURAL CARECE DA AÇÃO POR NÃO TER FEITO A COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL DA SUA PRETENSÃO.

A lei é clara, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos, quais sejam:

“Art. 5º(...)

§1º(...)

a) Certidão de óbito, registro da ocorrência policial competente e a qualidade de beneficiários no caso de morte;

§3º Não se concluindo na certidão de óbito o nexo de causa e efeito entre a morte e o acidente, será acrescentada a certidão de auto de necropsia, fornecido diretamente pelo Instituto Médico Legal, independente de requisição ou autorização da autoridade policial ou da jurisdição do acidente

Ademais, o artigo 5º da Resolução CNSP nº 07/97, repetindo praticamente o que dispõe a lei, assim disciplina:

“Caso seja detectada falha de ordem formal em um dos documentos mencionados nos artigos 2º e 4º, ou a existência de indícios de fraude, deverá a seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar do recebimento da documentação, notificar o interessado com “aviso de recebimento”, solicitando os documentos ou esclarecimentos necessários à elucidação do assunto.”

Constata-se que não há nos autos o Laudo do Instituto Médico Legal certificando, com a exatidão que a lei determina a *causa mortis* da vítima como sendo oriunda de acidente automobilístico noticiado.

Ademais, também não foi apresentado boletim de ocorrência comprovando que a morte decorreu do acidente alegado, documento este imprescindível para comprovar a existência de nexo causal entre o sinistro e o falecimento da vítima.

Essa prova documental incumbe à parte Autora, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 333, I, do CPC.

Dessa forma, como a certidão de óbito não informa que houve acidente de trânsito, não poderia a parte autora pleitear indenização a título de seguro obrigatório, DPVAT, pelo falecimento de seu ente querido, ainda, que lhe tenha causado dor, pois o seguro DPVAT tem requisitos legais a serem obedecidos os quais são alegados ao longo da peça processual que ora se apresenta.

DO MÉRITO

TEORIA DA APARÊNCIA

DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO EFETUADO DE BOA-FÉ


Conforme já esclarecido acima, a parte autora alega ter sido companheira da vítima, COSMO SILVA DO BONFIM.

Ocorre que logo após a morte da vítima, as duas filhas do falecido requerem administrativamente a indenização ora pleiteada, vindo a receber cada uma o valor de R\$6.750,00, totalizando o valor de R\$13.500,00.

Desta forma, resta demonstrada a boa-fé da ré em efetuar o pagamento administrativo às filhas da vítima e a má-fé das mesmas em requererem indenização tendo completa consciência de que não eram os únicos herdeiros do *de cujus*.

Essas informações são de suma importância para a instrução processual, pois demonstram, no caso em tela, que a indenização ora reclamada já foi paga, devendo quem recebeu pagamento indevido, ainda que de boa-fé, devolvê-lo para obstar o enriquecimento sem causa.

Ademais, os Beneficiários apresentaram-se como únicos herdeiros para recebimento do seguro, cabendo ressaltar que a seguradora liquidante cercou-se de todos os cuidados solicitando inclusive a declaração de únicos herdeiros da vítima, vejamos:

 DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT	
Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis site da Seguradora Líder.	
INSTRUÇÕES IMPORTANTES: 1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível. 2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações. 3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu). 4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais , tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal. 5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor . A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal , devidamente identificado por meio dos respectivos documentos. 6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.	
DADOS DA VÍTIMA: Nome completo: <u>OSMO SILVA DO BONFIM</u> CPF: <u>955.252.893-34</u> Data do óbito: <u>15/07/18</u> Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo Teve filhos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar: N° vivos: <u>02</u> N° falecidos: <u>0</u> *Dexou nascituro? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Deixou companheiro(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Se deixou companheiro (a), informar nome completo:	
DECLARAÇÃO Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito. Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.	
DADOS DOS BENEFICIÁRIOS: Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo Nome completo: _____ CPF: _____ Local/data: _____ Assinatura do cônjuge: _____ Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo Nome completo: _____ CPF: _____ Local/data: _____ Assinatura do (a) companheiro (a): _____ Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais Nome completo: <u>MIRIAN DA SILVA BONFIM</u> Grau de parentesco com a vítima: <u>FILHA</u> CPF: <u>087.253.153-82</u> Local/data: <u>D. LOBÃO-P, 10/09/18</u> Assinatura do Herdeiro Legal: <u>Miriam da Silva Bonfim</u> Local/data: <u>D. LOBÃO-P, 10/09/18</u> Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): <u>Francisca Regina da Silva</u> Nome completo: <u>MEDIANE DA SILVA BONFIM</u> Grau de parentesco com a vítima: <u>FILHA</u> CPF: <u>092.813.173-46</u> Local/data: <u>D. LOBÃO-P, 10/09/18</u> Assinatura do Herdeiro Legal: _____ Local/data: <u>D. LOBÃO-P, 10/09/18</u> Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): <u>Francisca Regina da Silva</u> Nome completo: _____ Grau de parentesco com a vítima: _____ CPF: _____ Local/data: _____ Assinatura do Herdeiro Legal: _____ Local/data: _____ Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): _____ Nome completo: _____ Grau de parentesco com a vítima: _____ CPF: _____ Local/data: _____ Assinatura do Herdeiro Legal: _____ Local/data: _____ Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): _____	
TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO: 1 - Nome completo: <u>PAULO HENRIQUE DE SOUSA SANTOS</u> 2 - Nome completo: <u>MIRLA PEREIRA DA SILVA SOUSA</u> CPF: <u>035.805.833-36</u> Local/data: <u>D. LOBÃO-P, 10/09/18</u> CPF: <u>072.164.643-38</u> Local/data: <u>D. LOBÃO-P, 10/09/18</u> Assinatura: <u>Paulo Henrique de Sousa Santos</u> Assinatura: <u>Mirila Pereira da S. Sousa</u> DUES.001 V001/2018	

Deste modo, resta demonstrado que, no momento do requerimento administrativo, **não havia como a seguradora averiguar a existência de outros beneficiários, com isso** o pagamento se deu em erro totalmente escusável da Seguradora liquidante do sinistro. Assim, nota-se que houve pagamento de boa-fé a supostos credores legítimos, devendo o legítimo beneficiário buscar sua importância através de ação de regresso.

Desta forma, cumpre colacionar abaixo alguns julgados acerca do fundamentado:

“CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. DPVAT. INDENIZAÇÃO POR MORTE. PAGAMENTO A CREDOR PUTATIVO. TEORIA DA APARÊNCIA. VALIDADE. EXTINÇÃO DA OBRIGAÇÃO.

- Ação ajuizada em 02/12/2008. Recurso especial interposto em 24/01/2013 e distribuído a este gabinete em 26/08/2016.
- É válido o pagamento de indenização do DPVAT aos pais de falecido quando se apresentam como únicos herdeiros mediante a entrega dos documentos exigidos pela lei, mesmo quando houver filhos que não foram incluídos no pagamento.
- Na hipótese dos autos, o pagamento aos credores putativos ocorreu de boa-fé e a exclusão da herdeira não decorreu de negligência ou imprudência da recorrida.
- Recurso especial conhecido e não provido.

(TJ – SP – RESP: 1443.349 SP, Relator: Ministra Nancy Andrighi, Data de Julgamento: 22/11/2016)”

“DPVAT. CREDOR PUTATIVO. PAGAMENTO VÁLIDO. - Sendo genérica a certidão de óbito na qual constou que o falecido era casado e deixou filhos, neste caso, especificamente, verificado pela Seguradora a legitimidade dos solicitantes, que se apresentaram como cônjuge e filhos, para receber o seguro DPVAT, agiu a mesma com boa-fé ao efetuar o pagamento da integralidade da verba indenizatória, remanescendo ao Autor recorrer à via processual adequada para recuperar a parte que lhe compete. - Conforme prevê o art. 309 do Código Civil, o pagamento feito de boa-fé ao credor putativo é válido, ainda provado depois que não era credor.

(TJ-MG - AC: 10134100083598001 MG , Relator: Pedro Aleixo(JD Convocado), Data de Julgamento: 03/07/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 14/07/2014)

AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). PAGAMENTO À MÃE DA VÍTIMA. APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE HERDEIRA ÚNICA. CREDORA PUTATIVA. PAGAMENTO FEITO DE BOA-FÉ. TEORIA DA APARÊNCIA. VALIDADE. 1) Provado que a autora é filha do segurado, que faleceu em acidente de trânsito, seria ela a legitimada a receber a indenização do seguro obrigatório (DPVAT). 2) Contudo, segundo dispõe o art. 309 do Código Civil de 2002 "O pagamento feito de boa-fé ao credor putativo é

válido, ainda provado depois que não era credor." 3) A Teoria da Aparência é aplicável quando o pagamento é realizado de boa-fé à pessoa que se comportou como a verdadeira credora, a mãe da vítima fatal, que afirmou ser a única herdeira. 4) O reconhecimento da validade do pagamento realizado à credora putativa, autoriza o credor verdadeiro perseguir seu crédito daquele que recebeu indevidamente.

(TJ-MG - AC: 10105093107487001 MG , Relator: Marcos Lincoln, Data de Julgamento: 25/06/2013, Câmaras Cíveis / 11ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 01/07/2013)"

O pagamento efetuado e comprovado e a quitação obtida são plenamente válidos, nos exatos termos do artigo 309 do vigente Código Civil, cuja redação praticamente repete a do artigo 935 do Código de 1916, conforme a seguir se constata:

"O pagamento feito de boa-fé ao credor putativo é válido, ainda provado depois que não era credor."

A douta Professora Maria Helena Diniz, em sua obra *Código Civil Anotado*, leciona:

"I - Pagamento efetuado de boa-fé a credor putativo. Como o credor putativo é aquele que se apresenta aos olhos de todos como o verdadeiro credor, embora não o seja, apesar de estar na posse do título obrigacional (herdeiro ou legatário, que perdem essa qualidade em razão de anulação do testamento), para que o pagamento a ele efetuado tenha validade será preciso que haja: a) boa-fé do solvens; e b) escusabilidade de seu erro, uma vez que agiu cautelosamente (RT, 143:669, 123:186, 126:188 e 232:526; AJ, 78:110; RF, 95:375, 104:493 e 146:197).

No caso, as filhas da vítima apresentaram-se revestidas de todas as condições que as faziam as **verdadeiras credoras**, daí porque o pagamento a elas efetuado tem a validade de que fala a ilustre mestra.

Desta forma, não faz melhor justiça que a ré venha a ser compelida a pagar novamente o que já pagou, tendo agido com cautela e boa-fé.

O jargão que fala *"quem paga mal paga duas vezes"*, não se enquadra na hipótese vertente, haja vista que a documentação ora apresentada demonstra que a ré solicitou toda a documentação necessária para a regulação do sinistro, comprovando inclusive sua qualidade de beneficiária à época da liquidação.

Por todo exposto, podemos verificar que a seguradora tomou todas as providências cabíveis para realizar o pagamento na esfera administrativa. Desta forma, não faz melhor justiça que a ré realize novo pagamento, haja vista que agiu com completa boa-fé.

Por fim, requer a ré que a ação seja julgada totalmente improcedente, pela inquestionável razão de já ter cumprida sua obrigação, consoante comprovou inequivocamente.

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA
DA AUSÊNCIA DE BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO, AUTO DE NECRÓPSIA / LAUDO DE EXAME DE CORPO
DE DELITO – IML E BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial diante da ausência do boletim de atendimento médico da vítima, de auto de necropsia e do boletim de ocorrência.

Ressalta-se a importância da juntada dos documentos médicos, do auto de necropsia e, principalmente, do boletim de ocorrência já que é através deles que se confirmará o nexo causal entre o acidente e a morte da vítima.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a veracidade dos fatos narrados na exordial, a Ré requer o depoimento pessoal da parte autora, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos sobre o suposto acidente, bem como, para esclarecer se houve atendimento médico à vítima após o acidente e, caso tenha tido atendimento, informar o local e o estabelecimento.

Outrossim, caso a autora confirme atendimento médico à vítima após o acidente, requer a ré que a mesma apresente os documentos do atendimento médico, bem como, que seja expedido ofício ao estabelecimento para detalhar o atendimento médico prestado, tudo com o fito de comprovar o nexo causal entre o sinistro e a morte da vítima.

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS /AUSÊNCIA DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA E AUTO DE NECRÓPSIA

A Lei que regula a indenização pleiteada pela Autora é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a morte e o acidente noticiado.

CUMPRE-SE RESSALTAR QUE A PARTE AUTORA NÃO JUNTOU NENHUM DOCUMENTO CONTEMPORÂNEO AO SINISTRO, DEIXANDO DE APRESENTAR A CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA / LAUDO CADAVERÍCO E BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Perceba ainda, que não houve a juntada de toda documentação médica que comprove o nexo de causalidade entre a suposta data do acidente e a morte da vítima!

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supra transcrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do CPC.

No caso em apreço, não obstante dispensável a verificação do elemento culpa, mormente por se tratar de um seguro cuja responsabilidade é objetiva, é imprescindível a verificação de nexo de causalidade entre o acidente automobilístico e o dano fatal, sob pena de inviabilizar a indenização prevista na Lei 6194/74.

DESTARTE, COMO NÃO HÁ COMPROVAÇÃO CABAL DO NEXO CAUSALIDADE ENTRE A MORTE E O SUPOSTO ACIDENTE NOTICIADO, DEVERÁ SER A IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO É A MEDIDA QUE SE IMPÕE.

TEORIA DA APARÊNCIA

DA PLENA VIGENCIA DA LEI 11.482/07

ALTERAÇÃO DO ART. 4º DA LEI 6.194/74

Cumprе salientar que na data de 31 de Maio de 2007, entrou em vigor a Lei 11.482/07, que alterou a Lei 6.194/74 e a Lei 8.441/92. Em seu art. 8º, encontra-se especificado os novos valores a serem adotados, no que tange à indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT4.

Destaque-se ainda, que a Lei 11.482/07 modifica a forma de pagamento a ser realizado aos beneficiários legais e o mesmo art. 8º da referida Lei, alterou o art. 4º da Lei 6.194/74, no sentido de que a indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 do Código Civil 5.

Desta forma, resta indiscutivelmente comprovado que a verba indenitária deve ser rateada entre todos os beneficiários da vítima.

Ocorre que o pagamento da importância máxima no caso de morte já fora realizado administrativamente aos pais da vítima, conforme esclarecido acima e de acordo com o próprio ofício de fls. 6 e 7 apresentado pela parte autora.

Portanto, no presente caso, o valor pleiteado pela parte autora já fora quitado administrativamente pela ré no momento do pagamento aos pais da vítima no valor de R\$13.500,00.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação6.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 15% (quinze por cento), nos termos do § 1º Art. 1º da Lei nº 1.060/50.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil, às hipóteses de casos de “fácil” instrução.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (Dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

Em caso de não acolhimento das preliminares suscitadas, requer a Ré a improcedência da ação, tendo amplamente demonstrado o total descabimento da presente demanda, nos exatos termos do artigo 487, inciso I, do CPC.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10%, consoante a previsão do art. 11, § 1º, da Lei 1.060/50.

Outrossim, tendo em vista que a parte autora é menor impúbere, requer a intimação do ilustre representante do Ministério Público.

Protesta, ainda, por todo o gênero de **provas** admitido em direito, especialmente documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da parte autora para que esclareça:

- Queira o autor esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características;
- Queira a autora informar se houve atendimento médico à vítima após o acidente e o local de atendimento;

- Queira a autora informar se as filhas da vítima tinham ciência da união entre ela e o falecido.

PARA FINS DO EXPRESSO NO ARTIGO 106, INCISO I, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL, REQUER A RÉ QUE TODAS AS INTIMAÇÕES SEJAM ENCAMINHADAS AO ESCRITÓRIO DE SEUS PATRONOS, SITO NA RUA SÃO JOSÉ, Nº 90, GRUPO 810/812, CENTRO, RIO DE JANEIRO-RJ, CEP: 20010-020 E QUE AS PUBLICAÇÕES SEJAM REALIZADAS, EXCLUSIVAMENTE, EM NOME DO PATRONO EDNAN SOARES COUTINHO, INSCRITO SOB O Nº OAB/PB 1841, SOB PENA DE NULIDADE DAS MESMAS.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA/PB, 28 de novembro de 2019.

EDNAN SOARES COUTINHO
OAB/PB 1841

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367 , ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARLI PEREIRA DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **DEMerval LOBAO**, nos autos do Processo nº 08009750320198180048.

Rio de Janeiro, 6 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	COSMO SILVA DO BONFIM	CPF:	955-252-893-34	Data do óbito:	05/07/18
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	Teve filhos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar:	*Deixou nascituro?
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:	Nº vivos:	02	Nº falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	
Local/data:	Assinatura do cônjuge:

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	MIRIAN DA SILVA BONFIM	Grau de parentesco com a vítima:	FILHA	CPF:	087-253-153-82
----------------	------------------------	----------------------------------	-------	------	----------------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	MEDIANE DA SILVA BONFIM	Grau de parentesco com a vítima:	FILHA	CPF:	092-813-173-46
----------------	-------------------------	----------------------------------	-------	------	----------------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:		CPF:	
----------------	--	----------------------------------	--	------	--

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:		CPF:	
----------------	--	----------------------------------	--	------	--

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:	JOSÉ LEITE PEREIRA NETO	2 - Nome completo:	FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA
--------------------	-------------------------	--------------------	-------------------------------------

CPF:	741-184-983-91	Local/data:	TERESINA-PI, 01/08/18	CPF:	022-560-473-69	Local/data:	TERESINA-PI, 01/08/18
------	----------------	-------------	-----------------------	------	----------------	-------------	-----------------------

Assinatura:	<i>Jose Leite Pereira Neto</i>	Assinatura:	<i>Francisco de Assis Pereira da Silva</i>
-------------	--------------------------------	-------------	--

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei n° 8.966/94)

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 13571269

ASSIMILADO AO PASSAPORTE

COPIA

13571269

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO PIAUI
IDENTIDADE DE ADVOGADO

FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA

REGINALDO RODRIGUES DA SILVA
MARIA HELENA PEREIRA DA SILVA
TESEUNA PI

922.948.475-88

02/08/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
09 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
M. N.º 000.000.000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS




Francisca Regina da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

0554511

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RESISTIVO
SERIAL 5.007.221

DATA DE
EXPIRAÇÃO 28/04/15

NOME
FRANCISCA REGINA DA SILVA

PRONÚNCIA

FRANCISCA PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE

DEMERVAL LOBÃO-PI

DATA DE NASCIMENTO
29/09/1986

DOC. CIVIL
CERT. CASAM. 1852 L 807 F 116

TERMINO - M
EXP. DEMERVAL LOBÃO-PI 19/09/07

020.534.143-83

LEI Nº 7.116 DE 28/06/03 - DECRETO Nº 69.250/03

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO.
09 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
No. 000-64

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

COSMO SILVA DO BONFIM

CPF da Vítima

955.252.893-34

Data do Acidente

15/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

FRANCISCA REGINA DA SILVA

E-mail



CPF do Representante legal

020.534.143-83

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

TERESINA-PI, 01 de AGOSTO de 2018

Local e Data

x Miran da Silva Bonfim

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

x Francisca Regina da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

COSMO SILVA DO BONFIM

CPF da Vítima

955.252.893-34

Data do Acidente

15/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

FRANCISCA REGINA DA SILVA

Email

DEPARTAMENTO DE SINOS ...

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

CPF do Representante legal

020.534.143-83

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou:
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

TERESINA-PI, 01 de AGOSTO de 2018

Local e Data

X

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

X

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PI Nº 013156945055 BILHETE DE SEGURO DPVA

09136		DETRAN - PI		Nº 013156945055	
05985		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
02366		VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
30170		1	00598502385		2017
13018					
00025		NOME			
39001		COSMO SILVA DO BONFIM			
80101					
46684		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
06704		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
25041					
07710		CPF / CNPJ			
05861		95525289334		PLACA	
03536				DUE-5375	
39146		PLACA ANT. UF		CHASSI	
00195				MICHELIN 9500022307	
00302					
		ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
		PAS/MOTOCICLETA/HENKHA		GASOLINA	
		MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
		YAMAHA/YBR125 FACTOR R1		2013 2014	
		CAP. POT. / CL.		CATEGORIA	
		002P/0124CC		COR PREDOMINANTE	
				VERMELHA	
		COTA ÚNICA		VENIR COTA ÚNICA	
				VENC. / COTAS	
				1ª IPVA	
		FAIXA IPVA		PARCELAMENTO / COTAS	
				2ª	
				3ª	
		PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
		SEGURO		DATA DE PAGAMENTO	
		OBRIGATORIO			
		OBSERVAÇÕES			
		A/FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BRASIL S/A			
		/A			
		LOCAL			
		DEMIVAL LOPES		DATA	
				04/01/2018	

PI Nº 013156945055 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017		DATA EMISSÃO 04/01/2018
VIA 1	CPF / CNPJ 95525289334	PLACA QUE-5376
RENOVAÇÃO 00598502386	MARCA / MODELO YAMAHA / YBR125 FACTOR R1	
ANO FAB. 2013	CAT. TARIF. 03	Nº CHASSI 9C6KE1950E0022307

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) 000,00	DEMATRIAN (R\$) 000,00	CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00
CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00	IOF (R\$) 000,00	TOTAL SEGURO BILHETE (R\$) 185,50

PAGAMENTO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

DATA DE QUOTAÇÃO
 02/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 00.345.008/0001-04



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
No. 64

PROCURAÇÃO

Outorgante: FRANCISCA REGINA DA SILVA, brasileira, solteira, autônoma, portadora do RG de nº 5.007.221 SSP-PI, inscrita no CPF sob o nº 020.534.143-83, residente e domiciliada à Rua São José 100, São Raimundo Nonato, Lagoa do Piauí-PI, CEP 64.388-000.

Outorgado: FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PI sob o nº 14.821, com endereço profissional estabelecido na Rua Santa Rita 201, Cidade Nova, Demerval Lobão-PI, CEP 64.390-000.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) COSMO SILVA DO BONFIM, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Demerval Lobão-PI, 27 de julho de 2018.



Francisca Regina da Silva

Francisca Regina Da Silva
CPF 020.534.143-83
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0290286/18

Número do Sinistro: 3180366738

Vítima: COSMO SILVA DO BONFIM

CPF: 955.252.893-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2018

Titular do CPF: COSMO SILVA DO BONFIM

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

MIDIANE DA SILVA BONFIM : 092.813.173-46

Declaração de únicos herdeiros

MIRIAN DA SILVA BONFIM : 087.253.153-82

Declaração de únicos herdeiros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2018
Nome: FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA
CPF: 022.560.473-69

FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA REGINA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180366738

Vitima: COSMO SILVA DO BONFIM

Data do Acidente: 15/07/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180366738**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Morte é de R\$ 13.500,00 e será pago aos legítimos beneficiários, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13232049



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA REGINA DA SILVA
Nº Sinistro: 3180366738
Vitima: COSMO SILVA DO BONFIM
Data do Acidente: 15/07/2018
Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180366738**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Certidão de casamento faltando página

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13234695



Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2018

Carta nº: 13394063

A/C: FRANCISCA REGINA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180366738
Vitima: COSMO SILVA DO BONFIM
Data do Acidente: 15/07/2018
Cobertura: MORTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCA REGINA DA SILVA

Valor: R\$ 13.500,00

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000073666-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal deverá assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

955.252.893-34

Nome completo da vítima

COSMO SILVA DO BONFIM

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FRANCISCA REGINA DA SILVA		CPF titular da conta 070.534.143-83	Profissão AUTONOMA
Endereço RUA SÃO RAIMUNDO NONATO		Número 100	Complemento
Bairro SÃO JOSÉ	Cidade LAGOA DO PATU	Estado PI	CEP 64.388-000
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRD 1989	D/V	CONTA NRD 73666	D/V 2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRD
AGÊNCIA NRD	D/V
CONTA NRD	D/V
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

TERESINA - PI, 08 de AGOSTO de 2018

Local e Data

X

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

X

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE JUDICIÁRIO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 A GO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Cidade - Norte CEP: 64 000-00

DEPARTAMENTO DE NOTAS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 465 Loja F
Nº 1.661.2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES

COSMO SILVA DO BONFIM (1º GEMEO)

FRANCISCA REGINA DA SILVA

MATRÍCULA

149526 01 55 2000 2 00007 116 0001852-78

(LIVRO B: 7 TERMO: 1852 FOLHA: 116)

Nomes completos de solteiro, datas de nascimento, naturalidade, nacionalidade e filiação dos cônjuges

COSMO SILVA DO BONFIM (1º GEMEO), BRASILEIRO, NATURAL DE DEMERVAL LOBÃO-PI, NASCIDO EM DEMERVAL LOBÃO-PI, EM VINTE E UM (21) DO MÊS DE AGOSTO (08) DO ANO DE UM MIL NOVECENTOS E OITENTA (1980), FILHO DE TEOTONIO ALVES DO BONFIM E MARIA PEREIRA DA SILVA DO BONFIM.

FRANCISCA REGINA DA SILVA, BRASILEIRA, NATURAL DE DEMERVAL LOBÃO-PI, NASCIDA EM DEMERVAL LOBÃO-PI, EM VINTE E NOVE (29) DO MÊS DE SETEMBRO (09) DO ANO DE UM MIL NOVECENTOS E OITENTA E SEIS (1986), FILHA DE SEM INFORMAÇÃO E FRANCISCA PEREIRA DA SILVA.

DATA DO REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)

VINTE E SEIS DO MÊS DE JULHO DO ANO DE DOIS MIL

DIA 26 MÊS 07 ANO 2000

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

SEPARAÇÃO DE BENS

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

CONTINUA O MESMO NOME

FRANCISCA REGINA DA SILVA BONFIM

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCEER

AV-1- NESTA DATA FAÇO A AVERBAÇÃO DO DIVÓRCIO DIRETO CONSENSUAL DO CASAL COSMO SILVA DO BONFIM (1º GEMEO) E FRANCISCA REGINA DA SILVA BONFIM, CONFORME SENTENÇA JUDICIAL PROFERIDA PELO MM. JUIZ DE DIREITO DESTA COMARCA DR. RAIMUNDO JOSÉ GOMES, DATADA DE 03.09.2007 E TRANSITADO E JULGADO, NOS AUTOS DE DIVÓRCIO DIRETO CONSENSUAL, PROC. 66/2005, EM QUE OS MESMOS SÃO REQUERENTES, PASSANDO A CÔNJUGE VAROA A VOLTAR A USAR O NOME DE SOLTEIRA, OU SEJA: FRANCISCA REGINA DA SILVA, DEMERVAL LOBÃO-PI, 19.09.2007. AV-2- AVERBAÇÃO: FALECEU O SR. COSMO SILVA DO BONFIM, NO DIA 15/07/2018, CONFORME LIVRO C-4, FLS 279, NJ 2572, DESTA SERVENTIA. O REFERIDO É VERDADE E DOU FE. DEMERVAL LOBÃO-PI, 25/07/2018.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	54426661		SSP PI	
Cartão Nacional de Saúde	980016297086304			
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	026055601911	054/0027	DEMERVAL LOBÃO	PI

Ao arquivar este documento, o sistema de registro de notas e registro civil, quando exigido pelo órgão expedidor do documento, para identificação de seu portador.

NOME DO OFÍCIO: OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL

OFICIAL

REGISTRADOR: GONÇALVES FERREIRA DA SILVA

MUNICÍPIO/UF: DEMERVAL LOBÃO-PI

ENDEREÇO: AVENIDA PADRE JOAQUIM NONATO Nº 507 CENTRO

TELEFONE: (86) 3260-1712 (86) 32462-7151

E-MAIL: cartoriodemervallobao@gmail.com

Área monetária paga: Cartório: 32,000 Faltante: 0,25 Total: 32,25
Custo do casamento, com averbação, além de taxa

O original da certidão é verdadeiro, Dou fé.
Data e local: DEMERVAL LOBÃO, PI, 24 de Agosto de 2018.

Nathalia Luisa Oliveira Marreiro
Nathalia Luisa Oliveira Marreiro
Escritor Autorizada



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 13.500,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA REGINA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000073666-2

Nr. da Autenticação 8B1982E5A9DC69BB

TIM



CTCE FORTALEZA CE PL8
FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA
RUA SANTA RITA, 201
CENTRO
64390-000 DEMERVAL LOBAO PI



7214049716 36223 00000042442 30 100718



CÓDIGO DAS PRESTADORAS DE LONGA DISTÂNCIA			Atendimento ao Cliente: *144 Deficientes Auditivos e de Fala: 0800 741 25 80 Anatel: 1331
41 TIM	14 OI	12 ALGAR	
15 VIVO	31 TELEMAR	43 SERCOMTEL	
21 CLARO	91 IP CORP	75 VIPWAY	

Para Uso Exclusivo dos Correios

Na eventual impossibilidade de entrega, este documento deve ser retornado à Av. Dr. Rudge Ramos, 1561 - São Bernardo do Campo - SP - CEP 09639-900

☐ Mudou-se ☐ Não existe nº indicado ☐ Desconhecido ☐ Não procurado ☐ Informação escrita pelo portador/indivíduo ☐ Retornado ao serviço postal em: ____/____/____
☐ Ausente ☐ Endereço insuficiente ☐ Recusado ☐ Falado ☐ Outro: _____
 Responsável: _____

Atenção Clientes TIM



FSC

www.fsc.org

MISTO

Papel produzido a partir de fontes responsáveis
FSC C000668

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 8247597

FRANCISCA REGINA DA SILVA

R. SAO JOSE, 100, 100

SAO RAIMUNDO NONATO

64388000 LAGOA DO PIAUI

PI

CÓDIGO ÚNICO 8689849	MÊS 07/2018	PERÍODO DE CONSUMO 11/06/2018 a 09/07/2018
CONSUMO (kWh) 104	VENCIMENTO 16/07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 61,31

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui



CÓDIGO ÚNICO 8689849	MÊS 07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 61,31
-------------------------	----------------	----------------------------

836600000001.613100170000.000000008680.984907180058



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECABWEB/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. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falsa de renda mensal 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 Conselho de Atividades Financeiras**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada 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 FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 022.560.473 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MIRIAN DA SILVA BONFIM inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.253.153 / 82, do sinistro de DPVAT cobertura POR MORTE da vítima COSMO SILVA DO BONFIM, inscrito (a) no CPF sob o Nº 955.252.893 / 34, 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 SANTA RITA		Número 201	Complemento
Bairro CIDADE NOVA	Cidade DEMerval LOBÃO	Estado PI	CEP 64.390-000
E-mail ASSISILVAADVOGADO@HOTMAIL.COM		Telefone comercial(DDD) 186199347-1963	Telefone celular (DDD)

TERESINA-PI 01 de AGOSTO de 2018
Local e Data

F 12 2 14
Assinatura do Declarante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FRANCISCO DE ASSIS P. DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.560.473/69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MIDJANE DA SILVA BONFIM inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.813.173/46, do sinistro de DPVAT cobertura POR MORTE da Vítima COSMO SILVA DO BONFIM, inscrito (a) no CPF sob o Nº 955.252.893/34, 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 <u>RUA SANTA RITA</u>		Número <u>20J</u>	Complemento
Bairro <u>CIDADE NOVA</u>	Cidade <u>DEMerval LOBÃO</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64.390.000</u>
Email <u>ASSISILVAADVOGADO@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(86) 99947-1963</u>	Telefone celular (DDD)

TERESINA-PI, 01 de AGOSTO de 2018
Local e Data

F I L I K
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme Circular SUSEP nº 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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, 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 FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 022.560.473 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MIDIANE DA SILVA BONFIM inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.813.173 / 40 do sinistro de DPVAT cobertura POR MORTE da Vítima COSMO SILVA DO BONFIM inscrito (a) no CPF sob o Nº 955.352.893 / 34 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 SANTA RITA</u>		Número <u>203</u>	Complemento -
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>DEMERVAL LOBÃO</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64.390-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99947-1963</u>

TERESINA - PI, 28 de AGOSTO de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE GUS MACHADO



Mirian da Silva Bonfim

ASSISTENTE DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

1253423

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

680.457

DATA DE EMISSÃO 26/09/17

MIRIAN DA SILVA BONFIM

FRANCISCA REGINA DA SILVA

COSMO SILVA DO BONFIM

TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO 21/05/2001

CERT. NASC. 18626 L A16 F 98

EXP. DEMERVAL LOBÃO-PI 12/04/16

087.253.153-82

1253423

LE Nº 7.116 DE 26/06/93 - DECRETO Nº 89.259/93

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Nº 000.640.000

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ROBERTO GARCIA 4.770.684 DATA DE EMISSÃO 19/02/18

SEI: MIDIANE DA SILVA BONFIM

RELACÃO: FRANCISCA REGINA DA SILVA
COSMO SILVA DO BONFIM

NOME: TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 05/07/2003

TÍTULO: CERT. NASC. 19712 L A17 F 70
EXP. DEMERVAL LOBAO-PI 12/04/16
CPF 092.813.173-46

1485362

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.260/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

MIDIANE DA SILVA BONFIM
1485362

DATA DE EMISSÃO

1485362

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
7 - N.º 116 - 641

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas. /

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	COSMO SILVA DO BONFIM		CPF:	955.252.893-34	Data do óbito:	15/07/18
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo		Teve filhos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar: Nº vivos: 02 Nº falecidos: 0	*Deixou nascituro? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Deixou companheiro(a)?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Se deixou companheiro (a), informar nome completo:					

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
Local/data:	Assinatura do cônjuge:

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
MIRIAN DA SILVA BONFIM	FILHA	087.253.153-82
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
D. LOBÃO-P, 10/09/18	Miriam da Silva Bonfim	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
D. LOBÃO-P, 10/09/18	Francisca Regina da Silva	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
MIDIANE DA SILVA BONFIM	FILHA	092.813.173-46
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
D. LOBÃO-P, 10/09/18		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
D. LOBÃO-P, 10/09/18	Francisca Regina da Silva	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:	2 - Nome completo:
PAULO HENRIQUE DE SOUSA SANTOS	MIRLA PEREIRA DA SILVA SOUSA
CPF:	CPF:
035.805.833-36	072.164.643-38
Local/data:	Local/data:
D. LOBÃO-P, 10/09/18	D. LOBÃO-P, 10/09/18
Assinatura:	Assinatura:
Paulo Henrique de S. Santos	Mirila Pereira da S. Sousa



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas. /

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	COSMO SILVA DO BONFIM		CPF:	955-252-893-34	Data do óbito:	15/07/18
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo		Teve filhos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar:	*Deixou nascituro?
					Nº vivos: 02 Nº falecidos: 0	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:					
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não						

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:		CPF:	
Local/data:	Assinatura do cônjuge:		

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:		CPF:	
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):		

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	MIRIAM DA SILVA BONFIM	Grau de parentesco com a vítima:	FILHA	CPF:	087-253-153-82
Local/data:	D. LOBÃO-P, 10/09/18	Assinatura do Herdeiro Legal:	Miriam da Silva Bonfim		
Local/data:	D. LOBÃO-P, 10/09/18	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	Francisca Regina da Silva		
Nome completo:	MIDIANE DA SILVA BONFIM	Grau de parentesco com a vítima:	FILHA	CPF:	092-813-173-46
Local/data:	D. LOBÃO-P, 10/09/18	Assinatura do Herdeiro Legal:			
Local/data:	D. LOBÃO-P, 10/09/18	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	Francisca Regina da Silva		
Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:		CPF:	
Local/data:		Assinatura do Herdeiro Legal:			
Local/data:		Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):			
Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:		CPF:	
Local/data:		Assinatura do Herdeiro Legal:			
Local/data:		Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):			

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:	PAULO HENRIQUE DE SOUSA SANTOS	2 - Nome completo:	MIRLA PEREIRA DA SILVA SOUSA
CPF:	035-805-833-36	CPF:	072-164-643-38
Local/data:	D. LOBÃO-P, 10/09/18	Local/data:	D. LOBÃO-P, 10/09/18
Assinatura:	Paulo Henrique de S. Santos	Assinatura:	Mirila Pereira da S. Sousa



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	COSMO SILVA DO BONFIM	CPF:	955-252-893-34	Data do óbito:	05/07/18
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	Teve filhos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar:	*Deixou nascituro?
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:	Nº vivos:	02	Nº falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	
Local/data:	Assinatura do cônjuge:

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	MIRIAN DA SILVA BONFIM	Grau de parentesco com a vítima:	FILHA	CPF:	087-253-153-82
----------------	------------------------	----------------------------------	-------	------	----------------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	MEDIANE DA SILVA BONFIM	Grau de parentesco com a vítima:	FILHA	CPF:	092-813-173-46
----------------	-------------------------	----------------------------------	-------	------	----------------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:		CPF:	
----------------	--	----------------------------------	--	------	--

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:		CPF:	
----------------	--	----------------------------------	--	------	--

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:	JOSÉ LEITE PEREIRA NETO	2 - Nome completo:	FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA
--------------------	-------------------------	--------------------	-------------------------------------

CPF:	741-184-983-91	Local/data:	TERESINA-PE, 01/08/18	CPF:	072-560-473-69	Local/data:	TERESINA-PE, 01/08/18
------	----------------	-------------	-----------------------	------	----------------	-------------	-----------------------

Assinatura:	<i>Jose Leite Pereira Neto</i>	Assinatura:	<i>Francisco de Assis Pereira da Silva</i>
-------------	--------------------------------	-------------	--

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	COSMO SILVA DO BONFIM	CPF:	955-252-893-34	Data do óbito:	05/07/18
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	Teve filhos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar:	*Deixou nascituro?
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:	Nº vivos:	02	Nº falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	
Local/data:	Assinatura do cônjuge:

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	MIRIAN DA SILVA BONFIM	Grau de parentesco com a vítima:	FILHA	CPF:	087-253-153-82
----------------	------------------------	----------------------------------	-------	------	----------------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	MEDIANE DA SILVA BONFIM	Grau de parentesco com a vítima:	FILHA	CPF:	092-813-173-46
----------------	-------------------------	----------------------------------	-------	------	----------------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:		CPF:	
----------------	--	----------------------------------	--	------	--

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:		CPF:	
----------------	--	----------------------------------	--	------	--

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:	JOSÉ LEITE PEREIRA NETO	2 - Nome completo:	FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA
--------------------	-------------------------	--------------------	-------------------------------------

CPF:	741-184-983-91	Local/data:	TERESINA-PI, 01/08/18	CPF:	022-560-473-69	Local/data:	TERESINA-PI, 01/08/18
------	----------------	-------------	-----------------------	------	----------------	-------------	-----------------------

Assinatura:	<i>Jose Leite Pereira Neto</i>	Assinatura:	<i>Francisco de Assis Pereira da Silva</i>
-------------	--------------------------------	-------------	--