

Pje Consulta processos x 0800975-03.2019.8 x 0800959-58.2020.8 x Email - Reinaldo F... x Zimbra: Entrada... x Tribunal de Justiça x Portal do Advogado x +

https://tpj.e.pje.jus.br/pje/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=386151&cua=cb5fec2c03d6e753b14587ad7e3db9e3f...

Apps Processo Virtual Na... Administrativo Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

Pje ProOrd 0800975-03.2019.8.18.0048
MARLI PEREIRA DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

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
- 8225655 - CONTESTAÇÃO (2691519 CONTESTACAO U1)
- 8225660 - Documentos (2691519 CONTESTACAO Anexo 02)
- 8225664 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
- 8225665 - Documentos (CARTEA DE PREPOSTOS)
- 8225666 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

20 Dec 2019

AUDIÊNCIA CONCILIAÇÃO DESIGNADA PARA 07/04/2020 10:00 VARA ÚNICA DA COMARCA DE DEMERVAL LOBÃO.
11:32

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

JOÃO BARROSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

AUSÊNCIA DE COBERTURA

Processo n.º 08009750320198180048



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 cuius* 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 nexo 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 AUTORAL 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

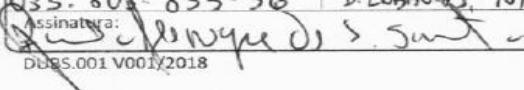
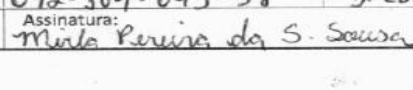
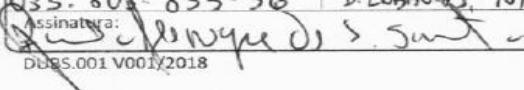
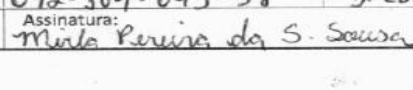
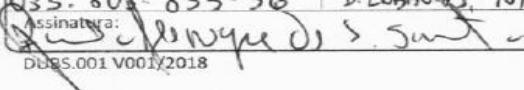
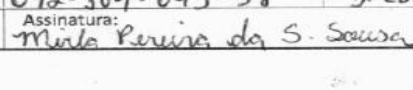
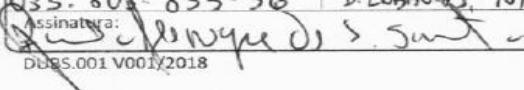
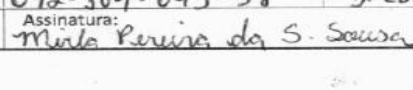
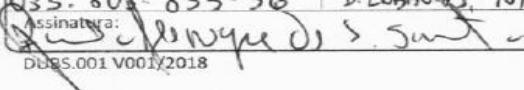
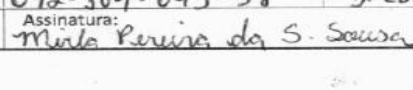
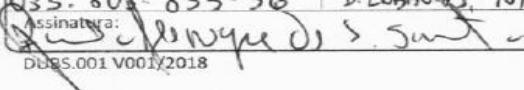
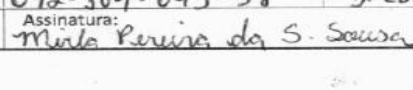
Conforme já esclarecido acima, a parte autora alega ter sido companheira da vítima, COSMO SILVA DO BONFIM.

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 mesmos em requererem indenização tendo completa consciência de que não eram os únicos herdeiros do *de cuius*.

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																																																																																																			
<small>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.</small>																																																																																																			
INSTRUÇÕES IMPORTANTES: <ol style="list-style-type: none"> Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu). 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. 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, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas. 																																																																																																			
DADOS DA VÍTIMA: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Nome completo:</td> <td>CPF:</td> <td>Data do óbito:</td> </tr> <tr> <td>EOSMO SILVA DO BONFIM</td> <td>955.252.893-34</td> <td>15/07/18</td> </tr> <tr> <td>Estado Civil:</td> <td>Teve filhos?</td> <td>Se tinha filhos, informar:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Nº vivos: 02 Nº falecidos: 0</td> </tr> <tr> <td>Deixou companheiro(a)?</td> <td colspan="2">Se deixou companheiro (a), informar nome completo:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		Nome completo:	CPF:	Data do óbito:	EOSMO SILVA DO BONFIM	955.252.893-34	15/07/18	Estado Civil:	Teve filhos?	Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº vivos: 02 Nº falecidos: 0	Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não																																																																																		
Nome completo:	CPF:	Data do óbito:																																																																																																	
EOSMO SILVA DO BONFIM	955.252.893-34	15/07/18																																																																																																	
Estado Civil:	Teve filhos?	Se tinha filhos, informar:																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº vivos: 02 Nº falecidos: 0																																																																																																	
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: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo</td> </tr> <tr> <td>Nome completo:</td> <td>CPF:</td> </tr> <tr> <td>Local/data:</td> <td>Assinatura do cônjuge:</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo</td> </tr> <tr> <td>Nome completo:</td> <td>CPF:</td> </tr> <tr> <td>Local/data:</td> <td>Assinatura do (a) companheiro (a):</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais</td> </tr> <tr> <td>Nome completo:</td> <td>Grau de parentesco com a vítima:</td> <td>CPF:</td> </tr> <tr> <td>MIRIAN DA SILVA BONFIM</td> <td>FILHA</td> <td>087.253.153-82</td> </tr> <tr> <td>Local/data:</td> <td>Assinatura do Herdeiro Legal:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D. LOBÃO-PB, 10/09/18</td> <td>Mirian da Silva Bonfim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Local/data:</td> <td>Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D. LOBÃO-PB, 10/09/18</td> <td>Francisca Regina da Silva</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nome completo:</td> <td>Grau de parentesco com a vítima:</td> <td>CPF:</td> </tr> <tr> <td>MEDIANE DA SILVA BONFIM</td> <td>FILHA</td> <td>092.813.173-46</td> </tr> <tr> <td>Local/data:</td> <td>Assinatura do Herdeiro Legal:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D. LOBÃO-PB, 10/09/18</td> <td>Mediane da Silva Bonfim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Local/data:</td> <td>Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D. LOBÃO-PB, 10/09/18</td> <td>Francisca Regina da Silva</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nome completo:</td> <td>Grau de parentesco com a vítima:</td> <td>CPF:</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Local/data:</td> <td>Assinatura do Herdeiro Legal:</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Local/data:</td> <td>Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nome completo:</td> <td>Grau de parentesco com a vítima:</td> <td>CPF:</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Local/data:</td> <td>Assinatura do Herdeiro Legal:</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Local/data:</td> <td>Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>1 - Nome completo: PAULO HENRIQUE DE SOUSA SANTOS</td> <td>2 - Nome completo: MIRLA PEREIRA DA SILVA SOUSA</td> </tr> <tr> <td>CPF: 035.805.833-36</td> <td>CPF: 072.164.643-38</td> </tr> <tr> <td>Local/data: D. LOBÃO-PB, 10/09/18</td> <td>Local/data: D. LOBÃO-PB, 10/09/18</td> </tr> <tr> <td>Assinatura: </td> <td>Assinatura: </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>		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-PB, 10/09/18	Mirian da Silva Bonfim		Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		D. LOBÃO-PB, 10/09/18	Francisca Regina da Silva		Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:	MEDIANE DA SILVA BONFIM	FILHA	092.813.173-46	Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		D. LOBÃO-PB, 10/09/18	Mediane da Silva Bonfim		Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		D. LOBÃO-PB, 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: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>1 - Nome completo: PAULO HENRIQUE DE SOUSA SANTOS</td> <td>2 - Nome completo: MIRLA PEREIRA DA SILVA SOUSA</td> </tr> <tr> <td>CPF: 035.805.833-36</td> <td>CPF: 072.164.643-38</td> </tr> <tr> <td>Local/data: D. LOBÃO-PB, 10/09/18</td> <td>Local/data: D. LOBÃO-PB, 10/09/18</td> </tr> <tr> <td>Assinatura: </td> <td>Assinatura: </td> </tr> </table>			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-PB, 10/09/18	Local/data: D. LOBÃO-PB, 10/09/18	Assinatura: 	Assinatura: 
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-PB, 10/09/18	Mirian da Silva Bonfim																																																																																																		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):																																																																																																		
D. LOBÃO-PB, 10/09/18	Francisca Regina da Silva																																																																																																		
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:																																																																																																	
MEDIANE DA SILVA BONFIM	FILHA	092.813.173-46																																																																																																	
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:																																																																																																		
D. LOBÃO-PB, 10/09/18	Mediane da Silva Bonfim																																																																																																		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):																																																																																																		
D. LOBÃO-PB, 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: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>1 - Nome completo: PAULO HENRIQUE DE SOUSA SANTOS</td> <td>2 - Nome completo: MIRLA PEREIRA DA SILVA SOUSA</td> </tr> <tr> <td>CPF: 035.805.833-36</td> <td>CPF: 072.164.643-38</td> </tr> <tr> <td>Local/data: D. LOBÃO-PB, 10/09/18</td> <td>Local/data: D. LOBÃO-PB, 10/09/18</td> </tr> <tr> <td>Assinatura: </td> <td>Assinatura: </td> </tr> </table>			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-PB, 10/09/18	Local/data: D. LOBÃO-PB, 10/09/18	Assinatura: 	Assinatura: 																																																																																									
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-PB, 10/09/18	Local/data: D. LOBÃO-PB, 10/09/18																																																																																																		
Assinatura: 	Assinatura: 																																																																																																		

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 Andrichi, 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 pare qualquera 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 NECROPSIA / LAUDO CADAVÉRICO 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 SUPÓSTO ACIDENTE NOTICIADO, DEVERÁ SER A IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO É A MEDIDA QUE SE IMPÕE.

TEORIA DA APARÊNCIA

DA PLENA VIGÊNCIA DA LEI 11.482/07

ALTERAÇÃO DO ART. 4º DA LEI 6.194/74

Cumpre 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 horários 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; **JOSELAINÉ 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

JOSELAINÉ 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:

- Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
- Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
- Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
- Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou 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.
- 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.
- 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 type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar: N° vivos: 02	*Deixou nascituro? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo: 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 resarcir 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:		CHAMADA DE DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
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:		09 AGO. 2018		
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):			

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
MIRIAN DA SILVA BONFIM		FILHA	087.253.153-82
TERESINA-PI, 05/08/18	X Mirian da Silva Bonfim		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		
MEDIANE DA SILVA BONFIM		X Franciscus Regina da Silva	
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
TERESINA-PI, 05/08/18		X Franciscus Regina da Silva	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:	
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 ASÍS PEREIRA DA SILVA
CPF:	741-184-983-93	CPF:	072-560-473-68
Local/data:	TERESINA-PI, 05/08/18	Local/data:	TERESINA-PI, 05/08/18
Assinatura:	Nosso testemunha Neto		
Assinatura: F 12211			



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
DEATH
NAME
NASCIMENTO
28/04/15

DOC. DE
EXPIRAÇÃO

FRANCISCA REGINA DA SILVA

NASCIMENTO

FRANCISCA PEREIRA DA SILVA

NASCIMENTO

DEMerval lobão-PI
29/09/1986

DATA DE
EXPIRAÇÃO

CERT.CASAM. 1852 L B07 F 116
020.534.143-83
DEMerval lobão-PI 19/09/07

DATA DE
EXPIRAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/06/93 - DECRETO Nº 89.350.83



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 SINISTRO	DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
09/ABR/2018	
GENTE SEGURADORA S.A.	
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C	
- Nordeste - CEP: 64000-000	

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:

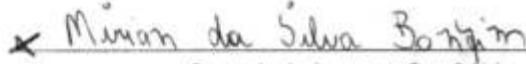
- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha 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.

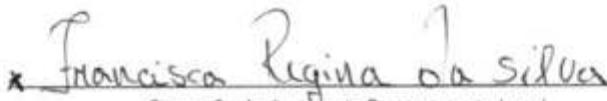
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

TERESINA-PI, 01 de AGOSTO de 2018

Local e Data


Minim da Silva Bonfim

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário


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

DEPARTAMENTO DE SINOS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

CPF do Representante legal

020.534.143-83

Telefone (DDD)

Email

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:

09 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Bairro: Centro de Resende - RJ
Endereço: Rua Minha Residência, nº 100

- Nroº: 040-040

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência que realize perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; 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

* **Francisca Regina da Silva**

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PI		Nº 013156945055	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.I.R.C.	EXERCÍCIO
1	00598502386		2017
NOME			
COSMO SILVA DO BONFIM			
XXXXXXXXXXXXXX			
XXXXXX			
CPF / CNPJ		PLACA	
95525289334		OUE-5375	
PLACA ANTO. LE		CHASSI	
9C6KE1950E0022307			
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOR 112/11000		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. - ANO MOD.	
YAMAHA/YBR125 FACTOR K1		2013 - 2016	
CAP / POT / CIL.		CATEGORIA	
002P/012400		PARTICU	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
I		P	1 ^a PAG.
P		V	2 ^a PAG.
V		A	3 ^a PAG.
PRÉMIO TARIIFÁRIO (R\$) — IOP (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO	
SEGURADO 24384		24384	
CERTIFICAÇÃO			
CONTRIBUIÇÕES			
A/PID. BANCO VASCONCELOS MOTOR DO BRASIL S/A		DATA	
DEMÉRVAL PAULINHO		04/01/2018	
PROIBIDA A REPRODUÇÃO			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

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		DATA EMISSÃO	
2017		04/01/2018	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	95525289334	OUE-5375	
RENAVAM		MARCA / MODELO	
00598502386		YAMAHA/YBR125 FACTOR K1	
ANO FAB.	CIT. TAN.	Nº CHASSI	
2013	09	9C6KE1950E0022307	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
000,00	DETRAN (R\$)	000,00	VALOR DO SEGURO (R\$)
000,00	IOP (R\$)	000,00	100,00
CUSTO DO BILHETE (R\$)		JOE (R\$)	VALOR DO BILHETE (R\$)
000,00		000,00	100,00
PAGAMENTO		DATA DE OUTAÇAO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
02/01/2018			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.346.006/0001-04





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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA

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



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



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 deve ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal deve 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 ASL

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	AUTÔNOMA
Endereço	RUA SÃO RAIMUNDO NONATO	Número	400	Complemento	
Bairro	SAO JOSE	Cidade	LAGOA DO PIAU	Estado	PI
Email					CEP 64.388.000
				Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

1989

73666

2

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

TERESINA - PI, 08 de AGOSTO de 2018

Local e Data

* Francisco Regina da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE INVESTIMENTOS
OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - No 000 - CEP 64000-000

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: 00000073666-2

Nr. da Autenticação 8B1982E5A9DC69BB



CTCE FORTALEZA CE PLB

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



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

Para Uso Exclusivo dos Correios									
Na eventual impossibilidade da entrega, este documento deve ser retornado à Av. Dr. Rudge Ramos, 1561 - São Bernardo do Campo - SP - CEP 09639-900									
Retirado no serviço postal em _____ / _____ / _____									
Responsible: _____									
<input type="checkbox"/> Mudei-se <input type="checkbox"/> Não existe nº indicado <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Não Preenchido <input type="checkbox"/> Informação errada para porteiro/motorista <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Endereço Insuficiente <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Perdeu <input type="checkbox"/> Outros _____									



Papel produzido
a partir de
fontes responsáveis
FSC® certificado

Atenção Clientes TIM

Para mais informações sobre o serviço TIM, acesse www.tim.com.br ou ligue 10000-10000.



Eletrobras
Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

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

FRANCISCA REGINA DA SILVA

R. SAO JOSE, 100 , 100

SAO RAIMUNDO NONATO

NF: 8247597

64388000 LAGOA DO PIAUÍ

PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
8689849	07/2018	11/06/2018 a 09/07/2018
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
104	16/07/2018	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



Eletrobras

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO

8689849

MÊS

07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,31

836600000001.613100170000.000000008680.984907180058



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 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 segurado, 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 fonte de renda mensal, bem como 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 CORREDORES DE SEGURO S.A.**

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada e 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 RELEIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 011.560.473 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MIRIAN DA SILVA BONFIM inscrito (a) no CPF sob o N° 087.253.153 / 82, do sinistro de DPVAT cobertura POR MORTE da Vítima COSMO SILVA DO BONFIM, inscrito (a) no CPF sob o N° 955.252-833 / 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	Bairro	Cidade	Local e Data	Número	Complemento
<u>RUA SANTA RITA</u>	<u>CIDADE NOVA</u>	<u>DEMerval Lobão</u>		<u>201</u>	
<u>ASSISSILVAADVOCADO@HOTMAIL.COM</u>			<u>186199347-1963</u>	<u>CEP</u> <u>64.390-000</u>	<u>Telefone comercial (DDD)</u> <u>Telefone celular (DDD)</u>

TERESINA-PI 01 de AGOSTO de 2018

Local e Data

F 10 211

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 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 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 P. DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.560.473/69 ne qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MIDIANE DA SILVA BONFIM inscrito (a) no CPF sob o N° 092.813.173/46, do sinistro de DPVAT cobertura POR MORTE da Vítima COSMO SILVA DO BONFIM, inscrito (a) no CPF sob o N° 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	RUA SANTA RITA	Número	Complemento
Bairro	CIDADE NOVA	Cidade	20 J
Email	ASSSILVAADVOGADO@HOTMAIL.COM	Estado	CEP PI 64.390.000
		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		(86) 99947-1963	

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

F. 12.8.16
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 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

29 AGO. 2018

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 penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FERNANDO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 022-560-473-69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MEDIANE DA SILVA DONFIM inscrito (a) no CPF sob o N° 092-813-173-46, do sinistro de DPVAT cobertura POR MORTE da Vítima COSMO SELVA DO BONFIM inscrito (a) no CPF sob o N° 955-352-8931-34, 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		Número	Complemento
RUA SANTA RITA		203	-
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	DE MELVAL LOBÃO	PI	64.390-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	(86) 99947-1963

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

Assinatura do Declarante

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

R\$ 680,457

DATA DE
EXPIRAÇÃO
26/09/17

NOME

MIRIAN DA SILVA BONFIM

SEXO:

FRANCISCA REGINA DA SILVA

COSMO SILVA DO BONFIM

NACIONALIDADE

TERESINA-PI

DOC: DIRBEN

CERT. NASC. 18626 L A16 F 98

EXP DEMERVAL LOBÃO-PI 12/04/16

087.253.153-82

1253423

LEI Nº 7.116 DE 20/06/93 - DECRETO Nº 88.250/63

Assinatura do Diretor: S. P. M. M. M. M. M.

DATA DE Nascimento

21/05/2001



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOSSO NÚMERO	4.770.684
DATA DE EMISSÃO	19/02/18
SEXO	MULHER
NAME	MIDDANE DA SILVA BONFIM
PAÍS	BRASIL
FRANCISCA REGINA DA SILVA COSMO SILVA DO BONFIM	
RESIDÊNCIA	TERESINA - PI
DATA DE Nascimento	05/07/2003
Nô. cert. de nasc. CERT. NASC. 19712 L A17 F 70 EXP. DEMerval Lobão-PI 12/04/16 092.813.173-46 1485362	
LEI Nº 7.110 DE 29/06/1980 - DECRETO Nº 60.200/183	



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:

- Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
- Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
- Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
- 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.
- 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.
- 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:	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 type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar: Nº vivos: 02	*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: MIRIAN DA SILVA BONFIM	Grau de parentesco com a vítima: FILHA	CPF: 087.253.153-82
---	--	-------------------------------

Local/data:
D. LOBATO-P., 10/09/18 Assinatura do Herdeiro Legal:
Mirian da Silva Bonfim

Local/data:
D. LOBATO-P., 10/09/18 Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
Francisca Regina da Silva

Nome completo: MEDIANE DA SILVA BONFIM	Grau de parentesco com a vítima: FILHA	CPF: 092.813.173-46
--	--	-------------------------------

Local/data:
D. LOBATO-P., 10/09/18 Assinatura do Herdeiro Legal:

Local/data:
D. LOBATO-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	Local/data: D. LOBATO-P., 10/09/18
---	--

CPF:
035.806.833-36
Assinatura:
Paulo Henrique de Sousa Santos

2 - Nome completo: MIRLA PEREIRA DA SILVA SOUSA	Local/data:
---	-------------

CPF:
072.164.643-38
Assinatura:
Mirla 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:

- Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
- Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
- Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
- 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.
- 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.
- 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:	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 type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar: Nº vivos: 02	*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: MIRIAN DA SILVA BONFIM	Grau de parentesco com a vítima: FILHA	CPF: 087.253.153-82
---	--	-------------------------------

Local/data:
D. LOBATO-P., 10/09/18 Assinatura do Herdeiro Legal:
Mirian da Silva Bonfim

Local/data:
D. LOBATO-P., 10/09/18 Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
Francisca Regina da Silva

Nome completo: MEDIANE DA SILVA BONFIM	Grau de parentesco com a vítima: FILHA	CPF: 092.813.173-46
--	--	-------------------------------

Local/data:
D. LOBATO-P., 10/09/18 Assinatura do Herdeiro Legal:

Local/data:
D. LOBATO-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: 035.806.833-36	CPF: 072.164.643-38
Local/data: D. LOBATO-P., 10/09/18	Local/data: D. LOBATO-P., 10/09/18
Assinatura: 	Assinatura:

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:

- Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
- Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
- Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
- Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou 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.
- 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.
- 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 type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar: N° vivos: 02	*Deixou nascituro? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo: 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 resarcir 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:		CHAMADA DE DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
Local/data:	Assinatura do cônjuge:		09 AGO. 2018	
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:		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1 CNPJ - Nro.: CPF: 64.000-000-0000-00		
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:		
TERESINA-PI, 05/08/18		X Mirian da Silva Bonfim	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		
TERESINA-PI, 05/08/18		X Francisca Regina da Silva	
Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
MEDIANE DA SILVA BONFIM		FILHA	092.813.173-46
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
TERESINA-PI, 05/08/18		X Francisca Regina da Silva	
Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
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:		
Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
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:		
Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:	2 - Nome completo:
JOSÉ LEITE PEREIRA NETO	FRANCISCO DE ASÍS PEREIRA DA SILVA
CPF:	CPF:
741-184-983-93	072-560-473-68
Local/data:	Local/data:
TERESINA-PI, 05/08/18	
Assinatura:	Assinatura:
X José Leite Pereira Neto	
E 12211	

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:

- Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
- Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
- Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
- Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou 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.
- 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.
- 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 type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar: N° vivos: 02	*Deixou nascituro? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo: 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 resarcir 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:		CHAMADA DE DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
Local/data:	Assinatura do cônjuge:		09 AGO. 2018	
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:		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1 CNPJ - Nro.: CPF: 64.000-000-0000-00		
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:		
TERESINA-PI, 05/08/18		X Mirian da Silva Bonfim	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		
TERESINA-PI, 05/08/18		X Francisca Regina da Silva	
Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
MEDIANE DA SILVA BONFIM		FILHA	092.813.173-46
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
TERESINA-PI, 05/08/18		X Francisca Regina da Silva	
Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
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:		
Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
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:		
Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:	2 - Nome completo:
JOSÉ LEITE PEREIRA NETO	FRANCISCO DE ASÍS PEREIRA DA SILVA
CPF:	CPF:
741-184-983-93	072-560-473-68
Local/data:	Local/data:
TERESINA-PI, 05/08/18	
Assinatura:	Assinatura:
X José Leite Pereira Neto	
E 12211	