



Número: **0024645-57.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,85**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>PATRICIA FERREIRA DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)</b> <b>ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR (ADVOGADO)</b>
<b>MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65542 962	30/07/2020 16:33	<a href="#"><u>ANEXO 2</u></a>	Outros (Documento)



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS	Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
	2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: 880.299.304-10 Patricia Ferreira da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012					
5 - Nome completo:	Patricia Ferreira da Silva		6 - CPF:	880.299.304-10	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Rua Dez Begenos	9 - Número:	88	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Bezerros	13 - Estado:	PE	14 - CEP:
15 - E-mail:	(16 - Tel.(DDD): (81) 9.9258-3087				
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR					
17 - Nome completo do Representante Legal:					
18 - CPF do Representante Legal:			19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).					
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00					
21 - DADOS BANCÁRIOS					
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI/CURADOR/TUTOR)					
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 2392 CONTA: 65767 (Informar o dígito se existir)			AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.					
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE					
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul> Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74. Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.					
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
23 - Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)      24 - Data do falecimento da vítima: _____					
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____					
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não      29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:      30 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não      31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não      32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:      33 - Vítima teve pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.					
34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado      35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)					
38 - 1º   Nome: <b>COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A</b> CPF: _____ 41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 39 - 2º   Nome: <b>PROTÓCOLO</b> CPF: _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver)					
40 - Local e Data, _____					
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)					
43 - Assinatura do Procurador (se houver)					