



Número: **0818949-44.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **03/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59562923	08/09/2020 12:17	2749431_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos

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: 05/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00760

CONTA: 000000054713-6

Nr. da Autenticação 1183069B075FF8D5



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200153722 **Cidade:** João Câmara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 08. EXAME DE IMAGEM - PÁGINAS 10 A 15.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



ASL-0313806/19
thiara.hora.pd.2072
22/04/2020 10:54:51

ASL-0313806/19
thiara.hora.pd.2072
22/04/2020 10:54:51

ASL-0313806/19
thiara.hora.pd.2072
22/04/2020 10:54:51

Hipercard

00042545
PC-00
JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
R DR SADI MENDES DE LUCENA 1022 A
1138737629
RN ADVOCACIA - MTE CASTELO
59145-110 PARNAMIRIM - RN



Postagem: 31/07/2019
Vencimento: 10/08/2019
Emissão: 31/07/2019
Fechamento próxima fatura: 31/08/2019

Titular **JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.6397**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

10/08/2019

A) pagamento total

554,45

B) pagamento mínimo

83,17

C) parcelas fixas

49,79
+23x 49,79

Veja outras opções na 2ª folha

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	7.480,00
Limite utilizado no mês	554,45
Retirada de recursos País(saque)	370,00

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

☒ Compra presencial
com o uso do cartão e senha.

Lançamentos: compras e saques

JOAO ROBERTO F NEVES (final 6397)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
16/12	B122 HIPER PONTA N08/10	159,90
06/01	B122 HIPER PONTA N07/10	150,00
08/05	AMERICANAS.COM RIO DE JANEIR	204,55
09/07	EXTRAFARMA EVERALDO BR PARNAMIRIM	40,00

Lançamentos no cartão (final 6397) **554,45**

Total dos lançamentos atuais 554,45

Compras parceladas - próximas faturas

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
16/12	B122 HIPER PONTA N09/10	159,90

Continua...

PROTOCOLO
RECEBIDO
10 SET 2019
TERRA DO SOL ADM
DIRETORIA DE SEUS





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu FRANCISCA OLÍMPIA DO NASCIMENTO FILHA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 923.980.303 / 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
GASPAR GALOINO DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 200.852.654 / 20
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDez da Vítima CLÉTON BORGES DO NASCIMENTO
inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.296.394 / 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA DR. SAPI MENDES DE LUCENA</u>	Número: <u>1022</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>POSSOEM DE ARGIA</u>	Cidade: <u>PARANAMIRIM</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>centnadi.seguros04@outlook.com</u>	CEP: <u>59145-110</u>	Tel.(DDD): <u>84 9 9705-1317</u>

Local e Data: PARANAMIRIM, 0

Francisca G. do N. Filho
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017



ASL-0313806/19
thiara.hora.pd.2072
22/04/2020 10:55:06

ASL-0313806/19
thiara.hora.pd.2072
22/04/2020 10:55:06

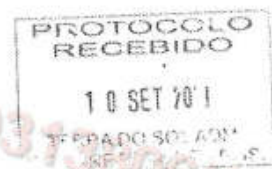
ASL-0313806/19
thiara.hora.pd.2072
22/04/2020 10:55:06



ASL-0313806/19
thiara.hora.pd.2072
22/04/2020 10:55:06

ASL-0313806/19
thiara.hora.pd.2072
22/04/2020 10:55:06

ASL-0313806/19
thiara.hora.pd.2072
22/04/2020 10:55:06



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

GASPAR GALDINO DO NASCIMENTO, brasileiro (a), portador (a) da Cédula de Identidade nº 001.571.849, expedida pela ITEP/RN, inscrito (a) no CPF sob 200.852.654-20, residente e domiciliado (a) à Rua Estudante Francisco Roberto, nº 40, COHAB, João Câmara/RN, CEP: 59550-000.

OUTORGADA:

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA, brasileira, divorciada, profissional liberal, inscrita no CPF sob o nº 923.980.303-34, com o RG sob o nº 003.359.253 com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes Lucena, nº 1022-A, Santos Reis - Parnamirim/ RN, CEP 59.146.110, E-mail: franciscaseguros@hotmail.com

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder DPVAT e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Câmara /RN, 12 de Agosto de 2019

GASPAR GALDINO DO NASCIMENTO

OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



1º OFÍCIO DE NOTAS DELEGADO CAMARÁ/RN
Rua Vereador Cândido Barbosa, 106 - Centro, CEP 55.550-000
(55) 3262-3685



RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: GASPAR GALDINO DO NASCIMENTO. Por ter sido costada em minha presença. Confira a autenticidade em: <https://reelodigital.tjn.jus.br> - Selo Digital: RN20190093799000268SPHQ

João Câmara RN, 12 de Agosto de 2019 - 9:51.

Ivan Evaristo da Silva - Tabelião Substituto

PROTÓCOLO
RECEBIDO
10 SET 2019
TABELÃO DO SOLADO
TABELÃO DE REGISTRO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313806/19

Vítima: CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO

CPF: 708.296.394-70

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/09/2018

Titular do CPF: CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA : 923.980.303-34

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO : 708.296.394-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

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: 10/09/2019
Nome: FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA
CPF: 923.980.303-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

GERCIA LOURENCO DA SILVA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200153722

Vítima: CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000760

Conta: 0000054713-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE JOÃO CÂMARA
Endereço: RUA JOAQUIM ROGÉRIO, 270, DNER, SANTA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019183000918

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 16/09/2018 00.00.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: 00

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: BAIRRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: GASPARD GALDINO DO NASCIMENTO

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Sem Informação

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 20085265420

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: MOTORISTA

3.15 Telefone(s): 84 92158934

3.17 Número: 40

3.19 Bairro: COHAB

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: JOÃO CÂMARA

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO

4.1.3 Nome Social:

4.1.5 Mãe: NIZIA MARIA BANDEIRA DA SILVA

4.1.7 Orientação Sexual:

4.1.9 Sexo: MASCULINO

4.1.11 CPF: 70829639470

4.1.13 Nacionalidade:

4.1.15 Logradouro: RUA ESTUDANTE FRANCISCO ROBERTO

4.1.17 Número: 40

4.1.19 Bairro: COHAB

4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

1.2 Data de Expedição: 22/07/2019 12.29.24

1.4 Ligou CIOSP: Não

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: BR 406

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência: PROX A RADIO BAIXA VERDE

2.13 Cidade: JOÃO CÂMARA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: SEVERINO GALDINO DO NASCIMENTO

3.6 Mãe: EUGENIA RIBEIRO DO NASCIMENTO

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 12/05/1952

3.14 RG: 001571849 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Nacionalidade: LAGOA DE VELHOS RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA ESTUDANTE FRANCISCO ROBERTO

3.24 CEP:

4.1.2 Estado civil:

4.1.4 Pai: GASPARD GALDINO DO NASCIMENTO

4.1.6 Identidade de Gênero:

4.1.8 Etnia:

4.1.10 Data de Nascimento: 27/04/2002

4.1.12 RG: 003538786

4.1.14 Profissão: ESTUDANTE

4.1.16 Passaporte:

4.1.18 E-Mail:

4.1.20 CEP:

4.1.21 Cidade: JOÃO CÂMARA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguradora: Não

7.1.3 Chassi: *****04222

7.1.5 Placa: OWG0792

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2015

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO FABIO FELIPE CARDOSO

7.1.17 Nome do condutor: CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 01042902450

7.1.6 Estado:

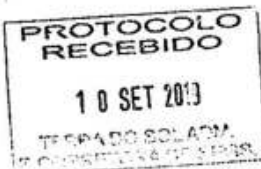
7.1.8 Modelo: CG150 START

7.1.10 Ano de Fabricação: 2014

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:



8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE AFIRMA QUE É PAI DA VÍTIMA (CLEITON) E QUE SEU FILHO É MENOR DE IDADE; QUE, CLEITON ESTAVA CONDUZINDO A MOTO MENCIONADA NESTE B.O., NA BR 406, NAS PROXIMIDADES DA RADIO BAIXA VERDE E QUE AO DAR PASSAGEM PARA UM CARRO QUE VINHA ATRAS, ACABOU DERRAPANDO E BATEU A MOTO NUM BURACO; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL, EM NATAL; QUE, A VÍTIMA QUEBROU A PERNA ESQUERDA E TEVE QUE COLOCAR PINOS. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

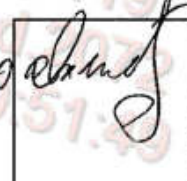
11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 22/07/2019 12.29.24

Declarante

Interessado



Polegar direito





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMIS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

208-296-394-70 CUBITON BONDUGIA DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

CUBITON BONDUGIA DO NASCIMENTO

6 - CPF:

208-296-394-70

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

RUA ESTUDANTE FRANCISCO ROBERTO

9 - Número:

40

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

TODOS SANTOS

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59550-000

15 - E-mail:

cubitonbondugia@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

84 99705-1212

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:

CASPAR GALDINO DO NASCIMENTO

18 - CPF do Representante Legal:

000-852-654-20

19 - Profissão do Representante Legal:

MOTORISTA

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR☐ R\$1,00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0260

CONTA:

54713

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

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 a dívida desde já e somente após a efetivação do crédito, quitando a totalidade do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-lo, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ho ou ex)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) (menor(es))?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

34 - Assinatura do requerente:

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1º Nome:

CPF:

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Paraná, 05 de setembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

