



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
<b>CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO (AUTOR)</b>	<b>JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)</b>
<b>PORTO SEGURO S/A (RÉU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59562 923	08/09/2020 12:17	<a href="#"><u>2749431_CONTESTACAO_Anexo_04</u></a>	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



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 08/09/2020 12:17:25  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090812172423000000057156910>  
Número do documento: 20090812172423000000057156910

Num. 59562923 - Pág. 1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

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





Hipercard



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



310719

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.

#### Lançamentos: compras e saques

JOAO ROBERTO F NEVES (final 6397)	DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
16/12 B122 HIPER PONTA NOV/10	2		159,90
06/01 B122 HIPER PONTA NOV/10	3		150,00
08/05 AMERICANAS.COM 03/08	5	RIO DE JANEIR	204,55
09/07 EXTRAFARMA EVERALDO BR			40,00
		PARNAMIRIM	
		Lançamentos no cartão (final 6397)	554,45

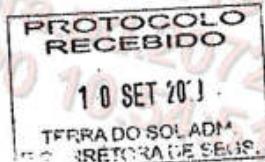
● Total dos lançamentos atuais 554,45

#### Compras parceladas - próximas faturas

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

Continua...

Compra presencial  
com o uso do cartão e senha.





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisca Oliveira do Nascimento Filha  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 903.980.303 / 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Gospar Galdino do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 200.852.654 / 20  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Cleiton Borges da 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. Sápi Mendes de Lucena</u>	Número:	<u>1022</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Possoem do Brasil</u>	Cidade:	<u>Paranámirim</u>	Estado:	<u>RN</u>	CEP:	<u>59145-110</u>	
E-mail:	<u>contato@seguros040outlook.com</u>						Tel.(DDD):	<u>84 9 9705-1717</u>

Local e Data: Paranámirim, 0

Assinatura do Declarante

Francisca G. do N. Filha

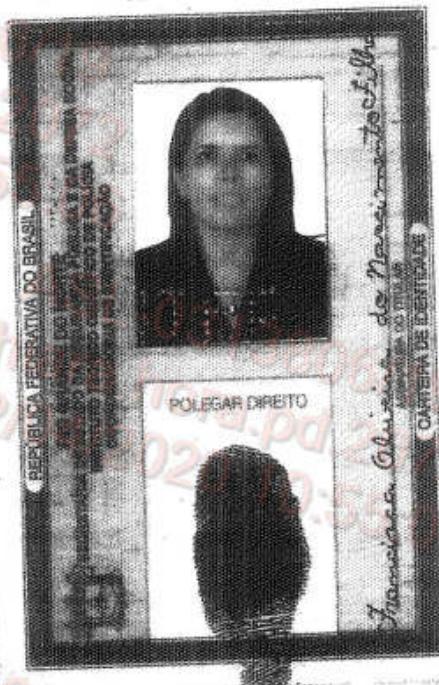
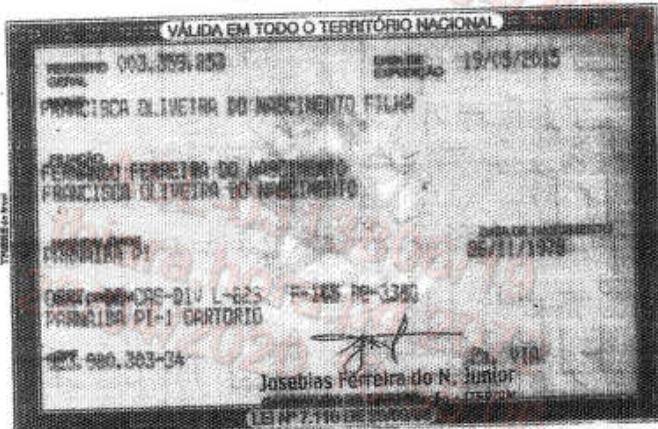


DLDRL.001 V001/2017



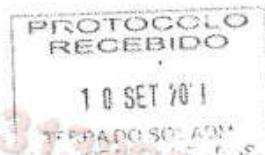
ASL-0313806/19  
thiara.hora.pd.2072  
22/04/2020 10:55:06

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



**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.

*José Câmara* /RN, 12 de Agosto de 2019

*GASPAR Galdino*

OUTORGANTE

**RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE**

1º OFÍCIO DE NOTAS DE JUÍZO CÂMARA/RN  
Rua Vereador Cândido Barreto, 106 - Centro, CEP 59.550-000  
(84) 3252-3685

RECONHECO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: GASPAR

GALDINO DO NASCIMENTO: Por ter sido constatada em minha presença.  
Confirme a autenticidade em: <https://selodigital.tjrn.jus.br> - Selo Digital:  
RN201909379900268SPHQ

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

Ivan Evaristo da Silva - Tabelião de Notas

**PROTOCOLO RECEBIDO**

10 SET 2019

TABELIÃO DE NOTAS

JOÃO CÂMARA/RN

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313806/19

**Vítima:** CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO

**CPF:** 708.296.394-70

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/09/2018

**Titular do CPF:** CLEITON BANDEIRA DO NASCIMENTO

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### 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](http://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



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 08/09/2020 12:17:25  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090812172423000000057156910>  
Número do documento: 20090812172423000000057156910

Num. 59562923 - Pág. 8



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Se

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%  
Márcia Helena Ferreira - DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

% 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, retorno 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](http://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

1.2 Data de Expedição: 22/07/2019 12:29:24

1.4 Ligou CIOSP: Não

**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

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. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: GASPAR 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

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 País: 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 Naturalidade: LAGOA DE VELHOS RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA ESTUDANTE FRANCISCO ROBERTO

3.24 CEP:

**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

4.1.2 Estado civil:

4.1.4 País: GASPAR 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 INCLUIDOS ACUSADOS)**

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

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não  
7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*04222  
7.1.5 Placa: OWG0792  
7.1.7 Marca: HONDA  
7.1.9 Ano de 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:

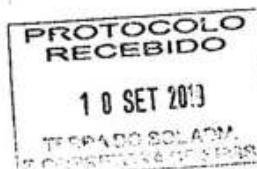
7.1.8 Modelo: CG150 START

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 PRÓXIMIDADES DA RADIO BAIXA VERDE E QUE AO DAR PASSAGEM PARA UM CARRO QUE VINHA ATRÁS, 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 NO 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

Assinatura

Assinatura

Polegar direito



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 08/09/2020 12:17:25

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090812172423000000057156910

Número do documento: 20090812172423000000057156910



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha os(s) tipo(s) de cobertura:  DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° do sinteto ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
208.296.394-70 CECILTON BONIFACIO 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: CECILTON BONIFACIO DO NASCIMENTO 6 - CPF: 208.296.394-70  
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:  
ESTUDANTE RUE ESTUDANTES FRANCISCO ROBERTO 90  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone: 34 99705-1717  
Centrosecure04@outlook.com

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS/TUTOR/CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: CASAOL GLOBO DO NASCIMENTO 18 - CPF do Representante Legal: 200.852.654-20 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:  REUSO 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 (PAIS/CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
Bradesco (237) Itaú (341)  
Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0260 CONTA: 54713 6  AGÊNCIA:  CONTA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo é dando, desde já, e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAÚDO DO IMI - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende à 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, concedendo, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ho Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou compaixente(s):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou compaixente(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros (vacinador)?  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 Lider pagará, caso devidá, 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 beneficiário (se houver)

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

PROTOCOLO RECEBIDO

Assinatura da testemunha

10 SET 2013

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

TERMINADO SO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Porto Alegre, 05 de setembro de 2009.  
CECILTON BONIFACIO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)