

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 726.747.764-04 4 - Nome completo da vítima: **Vilberto Nazario de Brito**

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

5 - Nome completo: **Vilberto Nazario de Brito** 6 - CPF: **726.747.764-04**  
 7 - Profissão: **Meiucão** 8 - Endereço: **R. Antonio Chaves** 9 - Número: **3** 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: **Marcos Moura** 12 - Cidade: **Santa Rita** 13 - UF: **PR** 14 - CEP: **58.803-465**  
 15 - E-mail: **(83) 918663-4900**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3909** ☐ CONTA: **387 23** ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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

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.

Para efeitos legais, solicito o processamento, a qualquer tempo, do pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a 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. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (voluntário)? ☐ 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 deva a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração falsa poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 da Código Penal.

34 - ☐   
 35 - Nome legível de quem assina a requisição:  
 36 - CPF legível de quem assina a requisição:  
 37 - (Assinatura de quem assina a requisição)

38 - 1ª Nome:   
 CPF:   
 Assinatura da testemunha:  
 39 - 2ª Nome:   
 CPF:   
 Assinatura da testemunha:

40 - Local e data: **João Pessoa - PR 15/06/2020**  
**Vilberto Nazario de Brito**  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# 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: 17/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VILBERTO NAZARIO DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

CONTA: 000000038723-8

---

Nr. da Autenticação B6E51BC261AFDB83

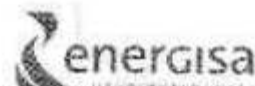
1 - PAULO WARR, LAYELANE HAZARD BEITO - OFF. CNP. 357.53.134-00  
LA - INTCOOLITA, 3 - MARCOS MOURA

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é responsável pela conta

Boleto para crédito, pagamento da taxa fiscalizada de energia elétrica. Nº 044 636.249



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-680  
CNPJ 39.045.183 / 0001-40 - Ins. Est. 15.015.823-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 JOAO PESSOA		5/1698281-1		
REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2020	21/05/2020	176	28/05/2020	R\$ 147,62

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/05/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009756463	001698281202005	28/05/2020	R\$ 147,62	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 56071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2447-3				

**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Wilberto Nazario de Brito inscrito (a) no CPF sob o Nº 726.747.764 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Wilberto Nazario de Brito

inscrito (a) no CPF sob o Nº 726.747.764 / 04 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 à 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 Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 15/06/2020

Alexandrina Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante





Complexo Hospitalar  
**MANGABEIRA**  
GOVERNADOR TARCÍSIO BURTNY

**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME: **Vilberto Nazario de Brito** ENFERMARIA/LEITO: **18/163**  
IDADE: **52** SEXO: **mas** CLÍNICA: **ORTOPEDIA**  
DATA DE ADMISSÃO: **02/05/2020** DATA DE ALTA: **09/05/2020** TEMPO DE PERMANÊNCIA: **7 DIAS**

DIAGNÓSTICO INICIAL: **FRATURA DE RÁDIO DISTAL P** CID: **S52**

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: **O MESMO**

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES: **RADIOGRAFIA DEMONSTRANDO FRATURA**

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:

ANATOMIA PATOLÓGICA: **INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO** **COLETA DE MATERIAL ( ) SIM (X) NÃO**

RESULTADO BACTERIOLÓGICA:

CONDIÇÕES DE ALTA: **(X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( ) ÓBITO**

RESUMO CLÍNICO: **Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação com placa e parafusos. Recebeu alta em boas condições clínicas e retorno ambulatorial.**

**ORIENTAÇÕES PÓS ALTA**

DIE: **Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...**

REPOUSO: **Relativo em casa por: 15 DIAS**  
**Retorno às atividades sem esforço físico em: 30 DIAS**  
**Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 DIAS e com esforço maior em 90 DIAS.**

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: **Lava-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local.**  
**Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "gachas" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.**

MEDICAÇÕES PARA CASA: **Antibiótico, Anti-inflamatório e Analgésico**

RETORNO: **Ao posto de saúde em 21 DIAS.**  
**Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão.** Médico: **Dr Jacques**

**09/05/2020** **1**  
Data Assinatura do Médico

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE VEÍCULOS

**894056231**  
 VÁLIDA EM TODOS  
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

**894056231**  
 PRÉ-REQUISITO PLATEAUS

**894056231**

**ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**046.502.754-74** **21/06/1982**

**ALEXANDRE DE ARAÚJO DUARTE**  
**MARCIA CESAR DUARTE**

**01051269660** **14/01/2019** **29/06/2021**

**JOÃO PEREIRA, PB** **17/01/2014**

**66288356744** **3302-519595**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

V-02  
P-917

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



*Vilberto Nazário de Brito*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.456.685 -2 VIA	DATA DE EXPIRAÇÃO	21/11/2018
NOME	VILBERTO NAZÁRIO DE BRITO		
FILIAÇÃO JOSE NAZÁRIO DE BRITO JOANA MARTINS DOS SANTOS			
NATURALIDADE	ALAGOA GRANDE-PB	DATA DE NASCIMENTO	21/11/1967
DOC ORIGEM	CASAM N.1941 FLS.73 LIV.B-04AUX CARTORIO AREIA-PB		
CPT	726.747.764-04		
Assinatura: <i>Vilberto Nazário de Brito</i>			A +
LEI Nº 7.116 DE 24/06/83			

## FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 09/02/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Gilberto Nazario de Brito

CPF do beneficiário: 726.747.764-04

Nome do solicitante: Alexandra Gessa Duarte

CPF do solicitante: 046.502.754-74

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 986634900

Tel. Comercial: ( )

Tel. Residencial: ( )

E-mail:

### INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

### MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

### ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☒ NÃO

☐ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

### NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito reanálise de acordo com laudo médico apresentado, e solicito ainda uma possível pericia. Conforme o laudo a vítima fez cirurgia e foi colocada placa e parafusos, ocasionando sequelas permanentes.

Local e Data

Alexandra Gessa Duarte  
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

### IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200321944 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VILBERTO NAZARIO DE BRITO **Data do acidente:** 02/05/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/5

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Vilberto Nazário de Brito brasileiro(a), estado civil Casado profissão pedreiro, residente e domiciliado à Rua Antônio Lora nº 08 bairro Marcos Moura Município de Santa Rita Estado de(o) PB Cep: 58.303-465 portador(a) do Rg nº 3.456.655 SSP/ e CPF nº 726.747.764-04

**Outorgado:** Alexandria Bessa Duarte brasileiro(a), estado civil Casado profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Gente Fical J.C. Duarte nº 157 bairro Mar Gabriel Município de João Pessoa Estado de(o) PB Cep: 58.056-384 portador(a) do RG nº 262.7718 SSP/ PB e CPF nº 046.502.764-74

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) Vilberto Nazário de Brito ocorrido em 02/05/20 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza imobiliária

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.**

Santa Rita 28 de maio de 2020.  
DOUTADO DE AZEVEDO

Vilberto Nazário de Brito  
Outorgante  
CPF Nº 726.747.764-04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



**Serviço Notarial e Registral**  
**DOUTADO DE AZEVEDO**  
1º Tabelionato de Protesis de Letras  
1º Ofício de Notas

Rua São João, nº 27 - Centro  
CEP: 58300-150  
Fone/Fax: (83) 3229-2252  
Santa Rita - Paraíba  
C.N.P.J.: 09.208.628/0001-23

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
VILBERTO NAZÁRIO DE BRITO  
Em test. da verdade, Santa Rita-PB 28/05/2020 11:05:04  
Cíntia Santos Coutinho - Substituta  
C2020-002925JEMUL:R4 10,22 FARPEN:R4 0,30 FEPJ:R4  
SEL0 DIGITAL: ANCO2887-RMS0  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tra.br>



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Vilberto Nazário de Brito brasileiro(a), estado civil Casado profissão pedreiro, residente e domiciliado à Rua Antônio Lora nº 08 bairro Marcos Moura Município de Santa Rita Estado de(o) PB Cep: 58.303-465 portador(a) do Rg nº 3.456.655 SSP/ e CPF nº 726.747.764-04

**Outorgado:** Alexandria Bessa Duarte brasileiro(a), estado civil Casado profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Gente Fical J.C. Duarte nº 157 bairro Mar Gabriel Município de João Pessoa Estado de(o) PB Cep: 58.056-384 portador(a) do RG nº 262.7718 SSP/ PB e CPF nº 046.502.764-74

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) Vilberto Nazário de Brito ocorrido em 02/05/20 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza imobiliária

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.**

Santa Rita 28 de maio de 2020.  
DOUTADO DE AZEVEDO

Vilberto Nazário de Brito  
Outorgante  
CPF Nº 726.747.764-04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



**Serviço Notarial e Registral**  
**DOUTADO DE AZEVEDO**  
1º Tabelionato de Protesis de Letras  
1º Ofício de Notas

Rua São João, nº 27 - Centro  
CEP: 58300-150  
Fone/Fax: (83) 3229-2252  
Santa Rita - Paraíba  
C.N.P.J.: 09.208.628/0001-23

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
VILBERTO NAZÁRIO DE BRITO  
Em test. da verdade, Santa Rita-PB 28/05/2020 11:05:04  
Cíntia Santos Coutinho - Substituta  
C2020-002925JEMUL:R4 10,22 FARPEN:R4 0,30 FEPJ:R4  
SEL0 DIGITAL: ANCO2887-RMS0  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tra.br>



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190888/20

**Vítima:** VILBERTO NAZARIO DE BRITO

**CPF:** 726.747.764-04

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 02/05/2020

**Titular do CPF:** VILBERTO NAZARIO DE BRITO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### VILBERTO NAZARIO DE BRITO : 726.747.764-04

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/07/2020  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Vilberto Nazário de Brito brasileiro(a), estado civil Casado profissão Padreiro, residente e domiciliado à Rua Antônio Lora nº 08 bairro Marcos Moura Município de Santa Rita Estado de(o) PB Cep: 58.303-465 portador(a) do Rg nº 3.456.655 SSP/ e CPF nº 726.747.764-04

**Outorgado:** Alexandria Bessa Duarte brasileiro(a), estado civil Casado profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Gente Fical J.C. Duarte nº 157 bairro Marques Moura Município de João Pessoa Estado de(o) PB Cep: 58.056-384 portador(a) do RG nº 262.7718 SSP/ e CPF nº 046.502.764-74

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) Vilberto Nazário de Brito ocorrido em 02/05/20 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza imobiliária

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.

Santa Rita 28 de maio de 2020.  
DOUTADO DE AZEVEDO

Vilberto Nazário de Brito  
Outorgante  
CPF Nº 726.747.764-04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



**Serviço Notarial e Registral**  
**DOUTADO DE AZEVEDO**  
1º Tabelionato de Protesis de Letras  
1º Ofício de Notas

Rua São João, nº 27 - Centro  
CEP: 58300-150  
Fone/Fax: (83) 3229-2252  
Santa Rita - Paraíba  
C.N.P.J.: 09.208.628/0001-23

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
VILBERTO NAZÁRIO DE BRITO  
Em test. da verdade, Santa Rita-PB 28/05/2020 11:05:04  
Cíntia Santos Coutinho - Substituta  
E2020-002925JEMUL:R4 10,22 FARPEN:R4 0,30 FEPJ:R4  
SEL0 DIGITAL: ANCO2887-RMS0  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tra.br>



---

**Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200321944**

**Vítima: VILBERTO NAZARIO DE BRITO**

**Data do Acidente: 02/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), VILBERTO NAZARIO DE BRITO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 726.747.764-04 4 - Nome completo da vítima: **Vilberto Nazario de Brito**

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

5 - Nome completo: **Vilberto Nazario de Brito** 6 - CPF: **726.747.764-04**  
7 - Profissão: **Meiucão** 8 - Endereço: **R. Antonio Chaves** 9 - Número: **3** 10 - Complemento:  
11 - Bairro: **Marcos Moura** 12 - Cidade: **Santa Rita** 13 - UF: **PR** 14 - CEP: **58.803-465**  
15 - E-mail: **(83) 918663-4900**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3909** ☐ CONTA: **387 23** ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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

Declaro, sob as penas da lei, que não houve solicitação de apresentação de 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 suscitado, solicito o processamento do meu presente pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a 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. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vivo/nascido)? ☐ 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 o valor devido à indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração falsa poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 da Código Penal.

34 - ☐   
35 - Nome legível de quem assina a requisição: **João Pessoa - PR**  
36 - CPF legível de quem assina a requisição:  
37 - (Assinatura de quem assina o presente pedido)

38 - 1ª Nome: **João Pessoa - PR**  
CPF: **15/06/2020**  
Assinatura da testemunha:  
39 - 2ª Nome:  
CPF:  
Assinatura da testemunha:

40 - Local e data: **João Pessoa - PR 15/06/2020**  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Vilberto Nazario de Brito**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 026762.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online **CERTIFICA** a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 026762.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 09:43 min do dia 29/05/2020, na Delegacia Online, **VILBERTO NAZÁRIO DE BRITO**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão PEDREIRO, natural de Alagoa Grande, nascido(a) em 21/11/1967, idade 52, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de JOANA MARTINS DOS SANTOS e JOSE NAZARIO DE BRITO, CPF 726.747.764-04, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antônio Lira, nº 3, bairro Municipios, na cidade de Santa Rita/PB, CEP: 58303465, telefone(s) 83987150366, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 02/05/2020 11:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: RUA SAO SEBASTIÃO, TIBIRI, Santa Rita/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Conduzia sua moto HONDA CG 160 TITAN, ANO/MOD 2018/2018, COR VERMELHA, PLACA QSA 4D09/PB, CHASSI 9C2KC2210JR057046, em nome do DECLARANTE, nas proximidades da Praça das Crianças, quando um veículo não identificado trancou e perdeu a direção da moto, vindo a cair ao solo sendo socorrido por terceiros para o Complexo Hospitalar de Mangabeira onde foi atendido.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

  
VILBERTO NAZÁRIO DE BRITO

C3F6D6A7D398379EACB7F35EE41D14FF

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle, [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612, 98828-8306 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 026762.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online **CERTIFICA** a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 026762.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 09:43 min do dia 29/05/2020, na Delegacia Online, **VILBERTO NAZÁRIO DE BRITO**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão PEDREIRO, natural de Alagoa Grande, nascido(a) em 21/11/1967, idade 52, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de JOANA MARTINS DOS SANTOS e JOSE NAZARIO DE BRITO, CPF 726.747.764-04, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antônio Lira, nº 3, bairro Municipios, na cidade de Santa Rita/PB, CEP: 58303465, telefone(s) 83987150366, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 02/05/2020 11:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: RUA SAO SEBASTIÃO, TIBIRI, Santa Rita/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Conduzia sua moto HONDA CG 160 TITAN, ANO/MOD 2018/2018, COR VERMELHA, PLACA QSA 4D09/PB, CHASSI 9C2KC2210JR057046, em nome do DECLARANTE, nas proximidades da Praça das Crianças, quando um veículo não identificado trancou e perdeu a direção da moto, vindo a cair ao solo sendo socorrido por terceiros para o Complexo Hospitalar de Mangabeira onde foi atendido.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

  
VILBERTO NAZÁRIO DE BRITO

C3F6D6A7D398379EACB7F35EE41D14FF

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle, [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612, 98828-8306 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 726.747.764-04 4 - Nome completo da vítima: **Vilberto Nazario de Brito**

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

5 - Nome completo: **Vilberto Nazario de Brito** 6 - CPF: **726.747.764-04**  
 7 - Profissão: **Meiucano** 8 - Endereço: **R. Antonio Chaves** 9 - Número: **3** 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: **Marcos Moura** 12 - Cidade: **Santa Rita** 13 - UF: **PR** 14 - CEP: **58.803-465**  
 15 - E-mail: **(83) 918663-4900**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3909** ☐ CONTA: **387 23** ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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

Declaro, sob as penas da lei, que não houve solicitação de apresentação de 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.

Para efeitos legais, informo que a apresentação de laudo médico, pedido no requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, tem base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a 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. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (voluntário)? ☐ 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 deva a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração falsa poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 da Código Penal.

34 - \_\_\_\_\_  
 35 - Nome legível de quem assina a requisição: \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a requisição: \_\_\_\_\_  
 37 - (Assinatura) de quem assina a requisição: \_\_\_\_\_

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha  
 39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

40 - Local e data: **João Pessoa - PR 15/06/2020**  
**Vilberto Nazario de Brito**  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

