

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:** **Gilberto Nazário 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: **Gilberto Nazário de Brito** **6 - CPF:** **726.747.764-04**
 7 - Profissão: **RECLUSO** **8 - Endereço:** **R. Antônio Chaves 3** **9 - Número:** **3** **10 - Complemento:** **11 - Bairro:** **Marcos Moura** **12 - Cidade:** **PB** **13 - UF:** **14 - CEP:** **58903-465**
 15 - E-mail: **(83)98663-4900**

DADOS CADASTRAIS

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:

RECLUSO 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 (Selecione para os bancos abaixo. Anexe uma cópia):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3909**

CONTA: **387 23** **8**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, a minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, de vez, o seu consentimento após a efetivação do vencimento, outorgação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou informando a falta 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 atende 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
 IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Recebi, lido, soube e entendo o que é o laudo médico, pedido para o Instituto Médico Legal (IML) para fins de indenização do Seguro DPVAT, e que a sua apresentação, concordando com a sua elaboração, é de responsabilidade da Seguradora Líder para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 11, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA OBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Sim Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou: Sim Nasceu (Vivencia): Não 31 - Vítima: Sim Teve filhos: Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou: Sim Irmãos vivos: Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso do óbito, a indenização do Seguro DPVAT para os únicos beneficiários que se apresentarem e justificarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer comissão ou declaração, em sua testemunha, poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 279 do Código Penal.

34

35 - Nome legal do cônjugue, filha ou sogro/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de c. em assina a sogro/a pedido

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - (*)Assinatura de c. que comprova o pedido

João Pessoa - PB 15/06/2020
a Vila Vista N 3a de Brito

40 - Local e data:

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

energisa

UNIRATE CONSUMIDORA FUSI

5/787856-4

Одна из причин, почему в России не получают широкого распространения, является то, что в стране нет соответствующих стандартов и нормативов.

	VALOR DA FATURA R\$ 70,83		VENCIMENTO 06/05/2020
	REFERÊNCIA Abr / 2020		CONSUMO 75kWh 100% USO DIÁRIO
SITUAÇÃO DE DÉBITOS		FATURAS EM ATRASO Mai/20 R\$1,41	
Sujeito a corte!		<p>Pré-avisos de vencimento: Seu consumo está em atraso. Só剩 10% de uso diário. Reserve-se a desligar.</p>	

6. 100% *Secularization* 100% *Religious* 100% *atheist* 100% *atheist* 100% *atheist* 100% *atheist*

RESERVADO AL FISCO | 2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019

PROXIMA LEITUR

Page 11 of 11 27/05

INDICADORES DE QUALIDADE				
ITEM	MESES	APURADO TRIMESTRE	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (%)
ITEM 1: Qualidade dos serviços	3/03	10,62	21,25	10,00
ITEM 2: Qualidade dos serviços	3/03	9,60	19,20	10,00
ITEM 3: Qualidade dos serviços	3/03	10,00	20,00	10,00

卷之三

¹⁰ For a discussion of the relationship between the two, see *An Economic History of the United States*, 2nd ed. (New York, 1960), pp. 11-12.

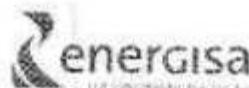
ENERGISA S.A. - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A. - C.I. 4426 - Dado Reservado - Ins. Pública 001 - C.I. 0000000000000000
C.F. 30261002000110 - Reg. Enr. 0000000000000000
Nota: para Consulta Clique aí <http://www.energisa.com.br>

LANÇO DO BRASIL

1100 00000 0 024 013008 16008 167170 0 0 130000007082

5. DELEGADO MARIANO LUCIANO NAZARIO BRITO - OFFICINA NR. 3575-3-334-00
- 11-01-2010 - 11-01-2010

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor legal

Documento não é comprovância de conta

Boleto para servir de pagamento da Fazenda Pública da Energisa S/A N° 044-936.249

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 39.045.163/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-6

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAI/2020

21/05/2020

176

28/05/2020

R\$ 147,62

Acesse: 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 30000-000

Nossa-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 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br 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/DOCORIGINALASF?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata de 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. Esta 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 COAF¹.

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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.513/98.

Pelo exposto, eu Alexandria 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 726.747.761-04
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 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 Agente Fiscal José 6. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Changabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel. (DDD):	<u>(83) 98663-4900</u>

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

Assinatura do Declarante



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**

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:

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

RESULTADO BACTERIOLÓGICO:

CONDICÕES 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. Recebe 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 lugar.

Se sentir dor, refri, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Antibiótico **Clindamicina 300 mg 01 DIA** e Analgesico

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

Data

Assinatura do Médico





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
Nº 1.456.685 - 2 VIA DATA DE
EXPEDIÇÃO 21/11/2018

NOME VILBERTO NAZARIO DE BRITO

PAI/MAE JOSE NAZARIO 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

*Notas: Aquele que fizer uso
de seu nome falso
levará punição*

A +

LEI N.º 7.119, DE 29/06/83



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): 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: Willberto Nazario de Brito

CPF do beneficiário: 726.747.764-041

Nome do solicitante: Alessandra Cesai Duarte

CPF do solicitante: 046.502.754-74

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 9 8663-4900

Tel. Comercial: (000)

Tel. Residencial: (000)

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 encaminhados:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

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

Desejo reanálise de acordo com laudo médico apresentado, e solicito ainda uma possível perícia conforme o laudo a ~~seu~~ vítima de cirurgia foi colocada placa e parafusos, causando sequelas permanentes.

Local e Data

Alessandra Cesai Brito
(Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido à 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 (à 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 Lacerda, nº 03, bairro Marcoz Moura, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep. 58303-265, portador(a) do RG nº 1.456.685, SSP/..., e CPF nº 726.747.764-04

Outorgado: Alessandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Gentil Euclides Duarte, nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58026-384, portador (a) do RG nº 26.27718, SSP/..., e CPF nº 046.503.754-74.

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 invalido

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.

DOURADO
DE AZEVEDO

Vilberto Nazário de Brito
Outorgante
CPF nº 726.747.764-04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Senado Notarial e Registrarial
DOURADO DE AZEVEDO
1º Tabelionato de Protesto 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.: 00.308.628/0001-23

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....

VILBERTO NAZARIO DE BRITO

Em test. da verdade, Santa Rita-PB 28/05/2020 11:05:16

Cinthia Santos Coutinho - Substituta

2020-0029251-EMOL;RG 10.22 FARPEN:R\$ 0,30 FEPJ:R\$ 0,30

SELO DIGITAL: AKC02897-KM50

Confira a autenticidade em <https://selodigital.senado.gov.br>



PROCURAÇÃO

Outorgante: Vilberto Nazário de Brito, brasileiro(a), estado civil casado, profissão pedreiro, residente e domiciliado à Rua Antônio Lacerda, nº 03, bairro Marcoz Moura, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep. 58303-265, portador(a) do RG nº 1.456.685, SSP/..., e CPF nº 726.747.764-04

Outorgado: Alessandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Gentil Euclides Duarte, nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58026-384, portador (a) do RG nº 26.27718, SSP/..., e CPF nº 046.503.754-74.

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 invalido

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.

DOURADO
DE AZEVEDO

Vilberto Nazário de Brito
Outorgante
CPF nº 726.747.764-04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Senado Notarial e Registrarial
DOURADO DE AZEVEDO
1º Tabelionato de Protesto 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.: 00.308.628/0001-23

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
VILBERTO NAZARIO DE BRITO

Em test. da verdade, Santa Rita-PB 28/05/2020 11:05:16

Cinthia Santos Coutinho - Substituta

(2020-002925)EMOL:R\$ 10,22 FARPEN:R\$ 0,30 FEPJ:R\$ 0,00

SELO DIGITAL: AKC02897-KM50

Confira a autenticidade em <https://selodigital.senado.gov.br>



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190888/20

Vítima: VILBERTO NAZARIO DE BRITO

CPF: 726.747.764-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/05/2020

Titular do CPF: VILBERTO NAZARIO DE BRITO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Vilberto Nazário de Brito, brasileiro(a), estado civil casado, profissão pedreiro, residente e domiciliado à Rua Antônio Lacerda, nº 03, bairro Marcoz Moura, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep: 58303-265, portador(a) do RG nº 1.456.685, SSP/..., e CPF nº 726.747.764-04

Outorgado: Alessandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Gentil Euclides Duarte, nº 157, bairro Manoel Gabeira, Município de Joaí, PB, Estado de (o) PB, Cep: 58026-384, portador (a) do RG nº 26.27718, SSP/..., e CPF nº 046.503.754-74.

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 invalido

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.

DOURADO
DE AZEVEDO

Vilberto Nazário de Brito
Outorgante
CPF nº 726.747.764-04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Senado Notarial e Registrarial
DOURADO DE AZEVEDO
1º Tabelionato de Protesto 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.: 00.308.628/0001-23

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
VILBERTO NAZARIO DE BRITO

Em test. da verdade, Santa Rita-PB 28/05/2020 11:05:16

Cinthia Santos Coutinho - Substituta

(2020-002925)EMOL:R\$ 10,22 FARPEN:R\$ 0,30 FEPJ:R\$ 0,00

SELO DIGITAL: AKC02897-KM50

Confira a autenticidade em <https://selodigital.senado.gov.br>



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, 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







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 026762.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA o 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 Municípios, 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Vilberto Nazário de Brito
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. Tel. (83) 3612-8612, 98828-8306 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 026762.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA o 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Vilberto Nazário de Brito
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. Tel. (83) 3612-8612, 98828-8306 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



