



Número: **0801661-96.2020.8.15.0321**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **09/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VILBERTO NAZARIO DE BRITO (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39477 384	15/02/2021 12:23	2784148_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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:

4 - Nome completo da vítima:

726.747.764-042 **Alberto Nazario de Brito**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

1 - Nome completo:

Profissão:

2 - Endereço:

3 - Barro:

4 - Cidade:

5 - UF:

6 - CEP:

7 - Número:

8 - Complemento:

9 - E-mail:

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

12 - Nome completo do Representante Legal:

13 - CPF do Representante Legal:

14 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO 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. Anexe uma cópia):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **5909**

CONTA: **387 23**

AGÊNCIA: _____

CONTA: **8**

CONTA: _____

CONTA: _____

(Inserir 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 e dando, desseja e somente após a efetivação do mesmo, a liberação total do valor recebido.

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

Declaro, sois 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 invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende à região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Para efeito de comprovação, solicito o preenchimento da seguinte declaração: pedi ao meu médico (ou ao Instituto Médico Legal - IML) para emitir laudo de invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, de forma clara, com me submeter a qualquer medida exigida da Seguradora Lider para a verificação da existência e identificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme bel 6.194/74, art. 9º, §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 COBERTURA 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 Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou nascituros (velhinhos)? Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
filhos/vizinhos vivos? Vivos Falecidos

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva a indenização do Seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que quaisquer omisões ou desentendimentos entre beneficiários podem gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 279º do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rego/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rego/a pedido

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

40 - Local e data:

João Pessoa - PB 15/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/02/2021 12:23:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512230757200000037623503>
Número do documento: 21021512230757200000037623503

Num. 39477384 - Pág. 2

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



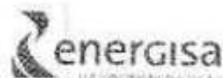
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/02/2021 12:23:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512230757200000037623503>
Número do documento: 21021512230757200000037623503

Num. 39477384 - Pág. 3

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é resguardável da conta.
Relacionar para o seu banco, pagamento de débito fiscal/carta de crédito automática.

Nº 044.636.249



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 39.095.183 / 0001-40 - Inscrição 15.015.823-0

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 00000-000				
Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009756463	001698281202005	28/06/2020	R\$ 147,62	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				09.095.183/0001-40
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/02/2021 12:23:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512230757200000037623503>
Número do documento: 21021512230757200000037623503

Num. 39477384 - Pág. 5



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29836>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata de prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurado, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIMADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

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

Gilberto Nazario de Brito inscrito (a) no CPF sob o Nº 726.747.761-04
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gilberto 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 da residência junto à Seguradora Lider-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>Mangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58056-384</u>
E-mail:				Tel. (OPD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 15/10/2020

Assinatura do Declarante

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

GOVERNADOR TARCISO DUARTE

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

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

DIAGNÓSTICO INICIAL:	CID:
FRATURA DE RÁDIO DISTAL F	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:	
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. 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 90 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: Lavar a ferida dia e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos na ferida.

Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, não se preocupar, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Antiinflamatório, Analgésico e Antinegésico

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

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





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	1.456.685 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 21/11/2018
NOME VILBERTO NAZÁRIO DE BRITO		
PILHA: JOSE NAZÁRIO DE BRITO JOANA MARTINS DOS SANTOS		
MATRIZAL	DATA DE NASCIMENTO 21/11/1967	
ALAGOA GRANDE-PB		
DOC. ORIGEM CASAM N.1941 FLS. 73 LIV. B-04AUX		
CARTÓRIO AREIA-PR		
CPF 726.747.764-04		
Assinatura de Vilberto Nazário de Brito		
LEI N.º 7.116 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: 09/03/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

Gilberto Nazaré de Brito

CPF do beneficiário: 726.747.762-041

Nome do solicitante:

Alexandra 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 apresentados:

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

(DESCRIVER)

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

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

Local e Data:

Alexandra 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 Professor, residente e domiciliado à Rua Antônio José da Cunha, nº 08, bairro Marcos Moura, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep: 58303-265, portador(a) do RG nº 3.456.685 SSP/ e CPF nº 726.747.764-04

Outorgado: Alessandra Bessa Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Gentil Eucal de C. Duarte, nº 157, bairro Manoel Belém, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep: 58303-384, portador (a) do RG nº 262.7718 SSP/ e CPF nº 016.502.754-74.

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

Poendo 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.
SOU RADO DE AZEVEDO

Vilberto Nazário de Brito
Outorgante
CPF Nº 726.747.764-04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Selo Digital e Registrável
DOURADO DE AZEVEDO
1º Tabelionato de Protesto de Letras
1º Ofício de Notas

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: Vilberto Nazário de Brito

Em test. da verdade, Santa Rita-PB 28/05/2020 11:05:14

Cinthia Santos Coutinho - Substituta

(2029-0029291EMDL;R\$ 10,22 FARPEN;R\$ 0,30 FEPJ;R\$ 0,00 IPI)

SELO DIGITAL: AKC02887-KMS0

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROCURAÇÃO

Outorgante: Vilberto Nazário de Brito, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Professor, residente e domiciliado à Rua Antônio José da Cunha, nº 08, bairro Marcos Moura, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep: 58303-265, portador(a) do RG nº 3.456.685 SSP/ e CPF nº 726.747.764-04

Outorgado: Alessandra Bessa Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Gentil Eucal de C. Duarte, nº 157, bairro Manoel Belém, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep: 58303-384, portador (a) do RG nº 262.7718 SSP/ e CPF nº 016.502.754-74.

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

Poendo 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.
SOU RADO DE AZEVEDO

Vilberto Nazário de Brito
Outorgante
CPF Nº 726.747.764-04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Selo Digital e Registrável
DOURADO DE AZEVEDO
1º Tabelionato de Protesto de Letras
1º Ofício de Notas

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: Vilberto Nazário de Brito

Em test. da verdade, Santa Rita-PB 28/05/2020 11:05:14

Cinthia Santos Coutinho - Substituta

(2029-0029291EMDL;R\$ 10,22 FARPEN;R\$ 0,30 FEPJ;R\$ 0,00 SELO DIGITAL)

SELÓ DIGITAL: AKC02887-KMS0

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.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 Advogado, residente e domiciliado à Rua Antôniozinho, número 08, bairro Marcos Moura, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep: 58303-265, portador(a) do RG nº 3.456.685 SSP/ e CPF nº 726.747.764-04

Outorgado: Alessandra Bessa Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Gentil Eucal de C. Duarte, 157, bairro Manoel Belém, Município de Santa Rita, Estado de (o) PB, Cep: 58303-384, portador (a) do RG nº 262.7718 SSP/ PB e CPF nº 016.502.754-74.

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

Poendo 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.
SOU RADO DE AZEVEDO

Vilberto Nazário de Brito
Outorgante
CPF Nº 726.747.764-04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Selo Digital e Registrável
DOURADO DE AZEVEDO
1º Tabelionato de Protesto de Letras
1º Ofício de Notas

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: Vilberto Nazário de Brito

Em test. da verdade, Santa Rita-PB 28/05/2020 11:05:14

Cinthia Santos Coutinho - Substituta

(2029-0029291EMDL; Nro 10.22 FARPEM; R\$ 0,30 FEPJ; R\$ 0,00)

SELO DIGITAL: AKC02887-KMS0

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.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

Carta nº 16115258



Bog 00153/00154 - carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/02/2021 12:23:07
<http://pjeb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512230757200000037623503>
Número do documento: 21021512230757200000037623503

Nº 39477384 - Pág. 16



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:

4 - Nome completo da vítima:

726.747.764-042 **Alberto Nazario de Brito**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

1 - Nome completo:

Profissão:

2 - Endereço:

3 - Barro:

4 - Cidade:

5 - UF:

6 - Número:

7 - Complemento:

8 - E-mail:

9 - CEP:

10 - Telefone:

11 - Celular:

12 - E-mail:

13 - Nome completo do Representante Legal:

14 - CPF do Representante Legal:

15 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO 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. Anexe uma cópia):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **5909** CONTA: **387 23** **8**

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir 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 e dando, desejosa e sonhante, após a efetivação do evento, a liberação total do valor recebido.

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

Declaro, sois 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 invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende à região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Para efeito de comprovação, solicito o preenchimento da seguinte tabela, pedindo que o(a) agente da Seguradora Lider a preencha permanentemente, sem base na documentação apresentada, concordando, de forma, com me submeter a qualquer medida exigida da Seguradora Lider para a verificação da existência e identificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme bel 6.194/74, art. 9º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou resolução do direito da contestação, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA 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 Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou nascituros (velhinhos)? Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
filhos/vizinhos vivos? Vivos Falecidos

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva a indenização do Seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que quaisquer omissões ou declarações, nesse sentido, poderão gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 279º do Código Penal.

34 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

35 - Nome legível de quem assina a rego/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rego/a pedido

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

40 - Local e data:

João Pessoa - PB 15/06/2020

av. Ilheus 13 Barreiros

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/02/2021 12:23:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512230757200000037623503>
Número do documento: 21021512230757200000037623503

Num. 39477384 - Pág. 18

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 026762.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CLRTIFICA 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 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, cientificando 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 Nazario de Brito
VILBERTO NAZARIO 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@scds.pb.gov.br.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 026762.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CLRTIFICA 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 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 Nazario de Brito
VILBERTO NAZARIO 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@scds.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:

4 - Nome completo da vítima:

726.747.764-042 **Alberto Nazario de Brito**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

1 - Nome completo:

Profissão:

2 - Endereço:

3 - Barro:

4 - Cidade:

5 - UF:

6 - Número:

7 - Complemento:

Alberto Nazario de Brito
REUSO R. Antonio Ciria
Marcos Moura Santa Rita PB 58.803-465
(83) 9803-4900

8 - E-mail:

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 comprovente anexo (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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. Anexe uma cópia):

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **5909**

CONTA: **387 23**

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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 e dando, desejosa e sonhante, após a efetivação do evento, a liberação total do valor recebido.

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

Declaro, sois 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 invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Para efeito de comprovação, solicito o preenchimento da seguinte questão: pedi o laudo do IML no Seguro DPVAT por invalidade permanente, sem base na documentação apresentada, concordando, devo dizer, em me submeter a qualquer medida exigida pela Seguradora Lider para a verificação da existência e identificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme lei 6.194/74, art. 9º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou resolução direta da controvérsia, com o conteúdo da seção conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituros (velhinhos)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos: _____	Falecidos: _____	Nascituros (velhinhos): _____	Vivos: _____	Falecidos: _____	Avós/vivos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva a indenização do Seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que quaisquer omissões ou declarações, nesse sentido, poderão gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 279º do Código Penal.

34

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

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

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

40 - Local e data:

João Pessoa - PB 15/06/2020
aville este NBar de Brito

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001 V002/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/02/2021 12:23:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512230757200000037623503>
Número do documento: 21021512230757200000037623503

Num. 39477384 - Pág. 22