

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

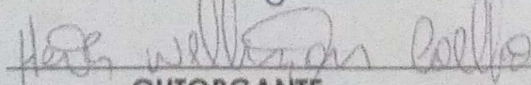
Herth Wellington Coelho, brasileiro, solteiro, desempregado,
inscrito no RG: 3871556, CPF: 049.250.594-43,
Residente domiciliado na Rua Serafina Volrega, 65, Centro,
Santa Luzia - PB.

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, casado, advogado,
devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA,
OAB/PB, nº 23.263; FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO, OAB/PB nº 22725 com
endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 509, sala 202, Pedro
Gondim, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes
procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "*ad iudicia et
extra*", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou
administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar
ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudos e
prontuários médico, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, requerer
junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, sendo o presente
instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou
sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos
necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou
separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os
poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido,
transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou
acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber
RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica,
em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015. Requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, 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.

João Pessoa - PB, 27 de dezembro de 2019.


OUTORGANTE

☎ 83 3576-8728 / 98855-1045 / 987088728 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB





VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1631743814

NOME
HERBETH WELLINGTON COELHO



DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR DE
1871556 SSP PB

CPF
019.450.594-43 DATA NASCIMENTO
29/12/1977

FILIAÇÃO
JOVINO COELHO DE SOUZA
CREUSA SIQUEIRA DE SOUZA

PERMISSÃO



ACC



CAT. RES

AB

Nº REGISTRO
00508167674

VALIDADE
18/12/2022

1ª HABILITAÇÃO
27/01/1998

OBSERVAÇÕES

Empty box for observations.

Herbeth Wellington Coelho

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SANTA LUZIA, PB

DATA EMISSÃO
21/12/2017

Renan de Carvalho Paiva

ASSINATURA DO EMISSOR

75468684409
PB035921781

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1631743814



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFY5540

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2019
 Proprietário: *****
 Placa: **QFY5540**
 Combustível: **ALCO/GASOL**
 Marca/Modelo: **HONDA/NXR160 BROS**
ESDD
 Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLET**
 Ano de Fabricação: 2015
 Ano Modelo: 2016
 Categoria: **PARTICULAR**
 Cor Predominante: **VERMELHA**
 Vencimento Licenciamento: 29/12/2020
 Observação:
 Restrição: **ALIENACAO FIDUCIARIA**
 Financeira: #####
 Município: **SANTA LUZIA**
 Situação: **EM CIRCULACAO**
 Data da Consulta: 20/01/2020

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA

DETRAN - PS
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

EXERCÍCIO
 2019

NOME / ENDEREÇO

PLACA
QFY5540

PLACA ANTIGA

ESPECIE / TIPO
PASSA / MOTOCICLET

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/NXR160 BROS

ANO FAB. ANO MOD
 2015 2016

ESDD

CATEGORIA
PARTICULAR VERMELHA

IPVA
 29/12/2020

PREMIO LICENCIACAO
 PREMIO TOTAL
 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES
ALIENACAO FIDUCIARIA

LOCAL
SANTA LUZIA

DATA
 20/01/2020

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC. ESTADUAL Nº 160572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 20200333205752

ESCRITÓRIO SANTA LUZIA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
03320575.2

MATRÍCULA 03320575.2
CLIENTE HERBTH WELLINGTON COELHO
CPF/CNPJ: 019.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO
05/04/2020

INSCRIÇÃO 087.004.485.0168.000
ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA SERAFICO NOBREGA, 65 - CENTRO SANTA LUZIA PB 58600-000
FATURA 03/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA
ÁGUA CORTADO
ESGOTO POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS			LEITURA		CONSUMO		CONSUMO/DIA	
02/2020 -	0	01/2020 -	0	ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)
12/2019 -	0	11/2019 -	0	925	925	0	33	0,00
10/2019 -	0	09/2019 -	0	19/02/2020	23/03/2020	NºHm:	Y05X132967	
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR						
1	0	S 5330						

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
PARCELAMENTO DE DEBITOS - PARCELA 8/24		38,29
Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 0,00		

TOTAL R\$ 38,29

SR. USUARIO: EM 31/03/2020, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO.
COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.
CASO TENHA PAGO APOS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 02/2020

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	0,68	Cor Aparente	6,90	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro(mg/L)	2,00	P.H.	7,10	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 08/04/2020



MATRÍCULA 03320575.2
INSCRIÇÃO 087.004.485.0168.000

FATURA 03/2020
NÃO RECEBER APÓS 30/04/2021

VENCIMENTO 05/04/2020

VALOR R\$ 38,29

GRUPO: 580

FIRMA: 2

82640000000-4 38290010087-8 03320575201-8 03202000003-3

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 10/04/2020 11:02:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041011023030100000028642382>
Número do documento: 20041011023030100000028642382

Num. 29770010 - Pág. 1



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00023.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00023.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:16 horas do dia 09 de janeiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Herbth Wellington Coelho**, conhecido(a) por Beto É, CPF nº 019.450.594-43, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário Público Estadual, filho(a) de Creusa Siqueira de Souza e Jovino Coelho de Souza, natural de Santa Luzia/PB, nascido(a) em 29/12/1977 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Seráfico Nóbrega, Nº 65, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo da Escola Estadual Coelho Lisboa, na cidade de Santa Luzia/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Estrada Vicinal, nº S/N, Via Pública, Próximo Ao Parque Eólico "Iagoa 1", Santa Luzia/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/08/19 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa)**, **Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias)**.

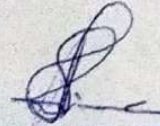
Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo NXR 160 BROS ESDD, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCILCETA, cor VERMELHA, ano 2015/2016, UF: PB, placa QFY-5540, chassi 9C2KD0810GR402244, renavam 01066769750, características gerais: Nº. C.r.l.v: 014202290050; nº. Lacre: 0042666384; categoria: Particular; combustível: Flex; placa Anterior: Nova; placa Atual: Santa Luzia/pb; alienação Fiduciária: A. F. Administradora de Consórcio Nacional Honmda L.t.da; em Nome de Herbth Wellington Coelho.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO PILOTAVA O SEU VEÍCULO NO LOCAL JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, DERRAPOU E PERDEU O EQUILÍBRIO DO VEÍCULO OCASIONANDO UMA QUEDA DO DECLARANTE E SE LESIONAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NA CIDADE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PROCEDIMENTOS DE EMERGÊNCIA E CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) 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.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-Q

Procedimento Policial: 00023.01.2020.1.05.101



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena

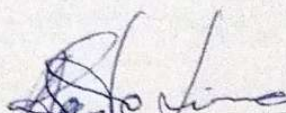


**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

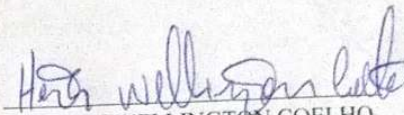


**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 09 de janeiro de 2020.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação
Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-4


HERBTH WELLINGTON COELHO
Noticiante



Procedimento Policial: 00023.01.2020.1.05.101

Digitalizado com CamScanner





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE HERBTH WELLINGTON COELHO
DADOS DE NASCIMENTO 29/12/77
NOME DA MÃE CREUZA SIQUEIRA DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.185.791
Nº PRONTUARIO 117.716
DATA DO ATENDIMENTO 25/08/19
HORA DO ATENDIMENTO 21:54
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURAS MÚLTIPLAS DA PERNA D (TÍBIA / FÍBULA)
CID 10 S 82.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda) hoje, encaminhado do hospital e maternidade Sinhá Carneiro de Santa Luzia-PB, apresentando dor e deformidade de membro inferior D com diagnóstico de fratura da tíbia e fíbula em espiral (SIC). Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do joelho D - AP e P
RX da perna D - AP e P
RX do tornozelo D - AP e P

TRATAMENTO:

Fraturas múltiplas da perna D (tíbia / fíbula) ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Umberto Jansen e Dr. Santino Arnaud da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 30/08/19
DATA DA EMISSÃO: 07/11/19


Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA +ANTIBIOTICOPROFILAXIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
INCISAO SUBPATELAR,TRANS TAT
AVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS ANATOMICOS
CUIDADOS DE HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA
Conduta:
PERFURAÇÃO OSSEA COM " RABO DO CAPETA"
PASSAGEM DE FIO INTRAMEDULAR NA TIBIA DIREITA
FRESAGEM COM MOLDE DE NUMERO 9,10,11,12,13
APOSIÇÃO DE HASTE NUMERO 32 POR 10MM NA TIBIA DIREITA SOB ESCOPIA
PASSAGEM DE PARAFUSOS COB AUXILIO DE GABARITO E ESCOPIA,ANTES
COLOCADO PARAFUSO DISTAL PARA CORREÇÃO DO FOCO FRATURADO NA TIBIA DI
STAL DIREITA
FIXADO PROXIMALMENTE COM DOIS PARAFUSOS DE NUMEO 50
FIXADO DISTALMENTE COM DOIS PARAFUSOS DE NUMERO 30
COLOCADO TAMPÃO NA HASTE
LIMPEZA COM SORO FISIOLÓGICO
Fechamento:
SUTURA POR PLANOS
CURATIVOS ESTÉREIS
RX DE CONTROLE
Observação:
PROCEDIMENTO REALIZADO COM AUXÍLIO DE FLUOROSCOPIA
NÃO POSSUIA INSTRUMENTADOR NA EMPRESA

Dr. Jansen Henrique
CRM/RN 3313

Médico/CRM:

João Pessoa,

28/8/2019



NOME: **HEBERTH WELLINGTON COELHO** BE/PRONTUÁRIO: **1185791**
 IDADE: **88** SEXO: **FEM** COR: DATA: **28/8/2019**
 CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
 CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA**
 CIRURGIÃO: **DR UMBERTO JANSEN** 1º ASS: **DR SANTINO**
 2º ASS: **MR2 DR IURY** 3º ASS: **DR ROGACIANO MR1**
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: **DR. TIERRES**
 TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA TIBIA DISTAL DIREITA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TTO CIRURGICO DE TIBIA DISTAL DIREITA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: **28/8/2019**

Dr. Jansen Henriques
CRM/RN 513





Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 10/04/2020 11:02:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041011023073600000028642385>
Número do documento: 20041011023073600000028642385

Num. 29770013 - Pág. 1

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: **019.750.594-93** 3 - CPF da vítima: **019.750.594-93** 4 - Nome completo da vítima: **Herlith Wellington Coelho**

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

5 - Nome completo: **Herlith Wellington Coelho** 6 - CPF: **019.750.594-93**
7 - Profissão: **Recebe** 8 - Endereço: **Rua Serafina Volpato** 9 - Número: **65** 10 - Complemento: **Casa**
11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Santa Luzia** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58600-000**
15 - E-mail: **(83) 988551075** 16 - Tel. (DDD): **(83) 988551075**

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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: **Bradesco**
AGÊNCIA: **5785** **1** CONTA: **0200588** **3**
(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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data: **Santa Luzia - PB 20/07/2020**
Herlith Wellington Coelho
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CDC 001 50007/2015



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, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200035849

Vítima: HERBTH WELLINGTON COELHO

Data do Acidente: 25/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HERBTH WELLINGTON COELHO

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **HERBTH WELLINGTON COELHO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000005785-1**

Conta: **000000200588-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Santa Luzia**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800331-64.2020.8.15.0321

DESPACHO/CARTA DE CITAÇÃO

Vistos, etc.

1. Defiro em favor da parte autora o pedido de justiça gratuita postulado na petição inicial, vez que preenchidos os requisitos legais.

2. Deixo de designar audiência preliminar na presente ação, posto que em ações desta natureza restaram sem êxito as conciliações.

3. Cite-se o demandado através de CARTA COM AR, dos termos da presente ação, bem como, para contestar a ação no prazo legal de quinze (15) dias úteis, ficando advertido de que não sendo contestada a ação no prazo legal, serão tomados como verdadeiros os fatos articulados na petição inicial, bem como, será decretada a revelia.

4. Em sendo contestada a ação, intime-se a parte autora para no prazo de quinze (15) dias oferecer impugnação à contestação..

O PRESENTE DESPACHO SERVE DE CARTA DE CITAÇÃO PARA O DEMANDADO ABAIXO QUALIFICADOS DOS TERMOS DA AÇÃO E PRESENTE DESPACHO, bem como, para no prazo de quinze (15) dias contestar a ação. Fica desde logo, o demandado advertido de que não sendo contestada a ação no prazo legal, serão tomados como verdadeiros os fatos articulados na petição inicial, bem como, será decretada a revelia:

1. SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita DPVAT S.A., no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, situada na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP - 20031-205.

SANTA LUZIA, 14 de abril de 2020.

ROSSINI AMORIM BASTOS
Juiz de Direito

