

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

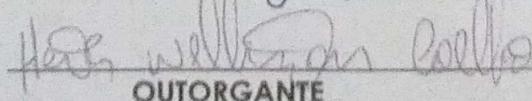
Heath Wellington Celho, brasileiro, solteiro, desempregado
endereço no RG: 3871556, CPF: 039.290.594-731
Residente dom Cidade no Rua Serafico Volnago, 65, Centro,
Santa Luzia-PB.

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 iudicium 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.

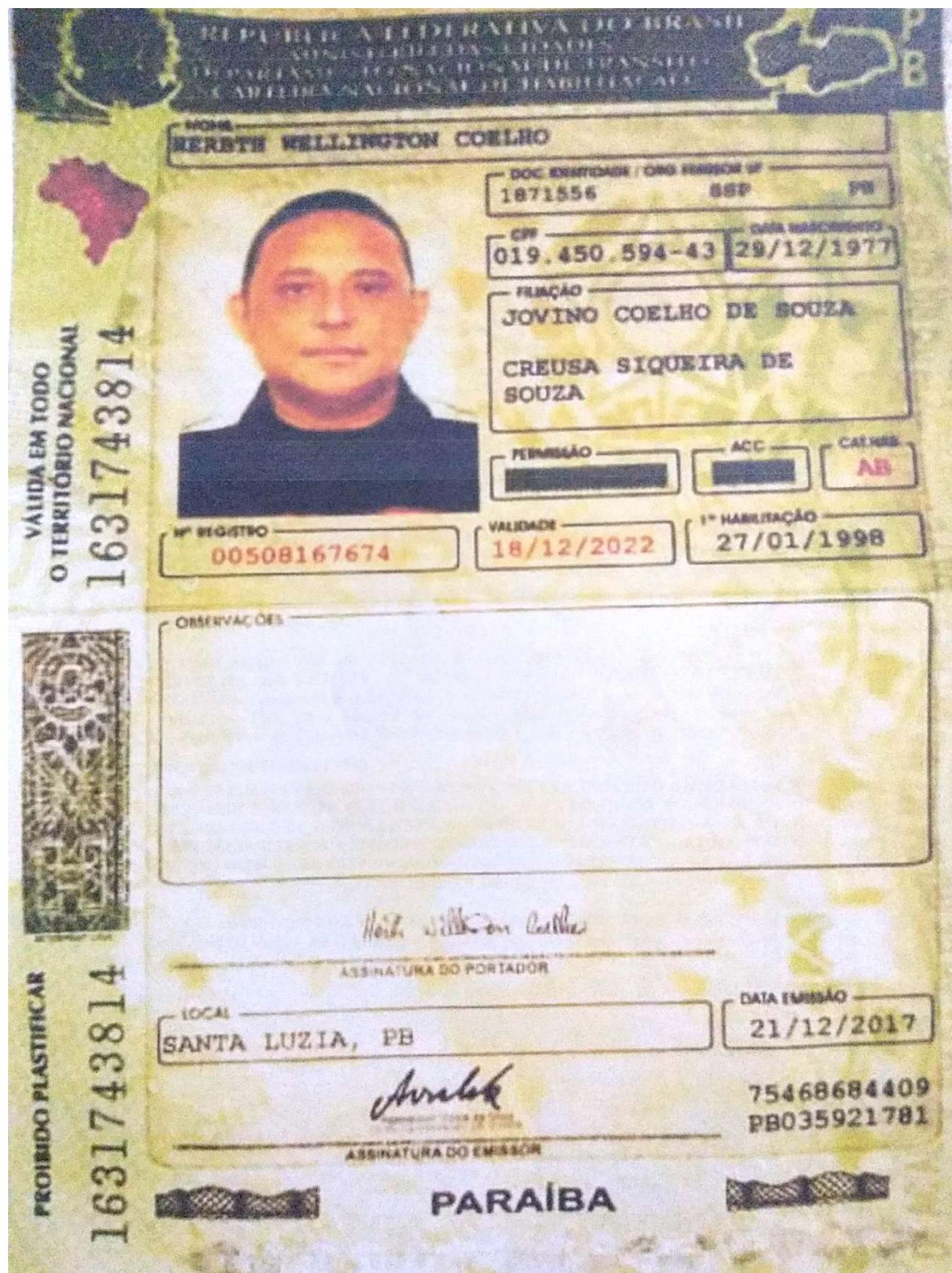
PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber 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





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=20041011023016000000028642381
Número do documento: 20041011023016000000028642381

Num. 29770009 - Pág. 1

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

QFY5540

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO
2019

NOME / ENDEREÇO

PLACA

QFY5540

ESPECIE / TIPO

PASSA / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/NXR160 BROS

ANO FAB. ANO MOD.

2015 2016

ESDD

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

PARTICULAR, VERMELHA

IP

1º

PVVA

2º

29/12/2020

3º

PRÉMIO LIQUIDADOR: PREMIO TOTAL: DATA DE PAGAMENTO:

SEGURADO CERTIFICATÓRIO

OBSERVAÇÕES

ALIENACAO FIDUCIARIA

SANTA LUZIA

20/01/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2019

Proprietário: *****

Placa: QFY5540

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/NXR160 BROS

ESDD

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA

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



COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC. ESTADUAL N° 160572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
03320575.2

VENCIMENTO
05/04/2020

Nº Documento: 20200333205752 ESCRITÓRIO SANTA LUZIA

CLIENTE
HERBTH WELLINGTON COELHO

CPF/CNPJ:
019.XXX.XXX-XX

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

FATURA
03/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA ESGOTO
CORTADO POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

02/2020 -	0	01/2020 -	0
12/2019 -	0	11/2019 -	0
10/2019 -	0	09/2019 -	0
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
1	0	S	5330

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M ³)	DIAS	CONSUMO/DIA (M ³)
925	925	0	33	0,00
19/02/2020	23/03/2020	NºHm:	Y05X132967	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

PARCELAGEM 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.

COMPARECA 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





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 Cresa 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 "lagoa 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, capitolada 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)**.

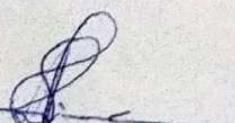
Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo NXR 160 BROS ESDD, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, 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 EQUILÍBRO 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 POLICIA 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. 157.356-0

Procedimento Policial: 00023.01.2020.1.05.101

1/2



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

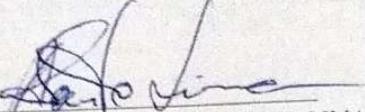


**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

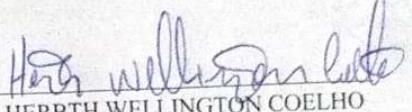


**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

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. 157.356-0


HERBTH WELLINGTON COELHO

Noticiante



Procedimento Policial: 00023.01.2020.1.05.101

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=20041011023041500000028642383>
Número do documento: 20041011023041500000028642383

Num. 29770011 - Pág. 2



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 PRONTUÁRIO	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 tibia e fíbula em espiral (SIC). Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

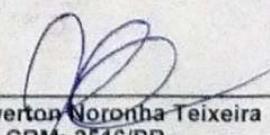
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

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 (tibia / fibula) 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.



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA +ANTIBIOTICOPROFILAXIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Incisão:	
INCISAO SUBPATELAR,TRANS TAT	
AVULSAO 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 DISTAL DIREITA	
FIXADO PROXIMALMENTE COM DOIS PARAFUSOS DE NUMERO 50	
FIXADO DISTALMENTE COM DOIS PARAFUSOS DE NUMERO 30	
COLOCADO TAMPÃO NA HASTE	
LIMPEZA COM SORO FISIOLOGICO	
Fechamento:	
SUTURA POR PLANOS	
CURATIVOS ESTÉREIS	
RX DE CONTROLE	
Observação:	
PROCEDIMENTO REALIZADO COM AUXÍLIO DE FLUOROSCOPIA	
NÃO POSSUIA INSTRUMENTADOR NA EMPRESA	

Dr.
 Anderson
 Jensen Henriquez
 CRM/RN 3370

Médico/CRM:

João Pessoa,

28/8/2019





RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME:	HEBERTH WELLINGTON COELHO		BE/PRONTUÁRIO	1185791
IDADE:	88	SEXO: FEM	COR:	DATA: 28/8/2019
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA		EMP:	LR:
CIRURGIA:	TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 CIRÚRGICO DE TIBIA DISTAL DIREITA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição:

Biópsia de congelação:

Dr. Jansen Henriques
CRM/RN 9515
Médico

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 28/8/2019





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)

X INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

019.350.594-93 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:

019.350.594-93

7 - Profissão:

Revisor

8 - Endereço:

Rua Serafico Volrega

9 - Número:

69

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Santa Luzia

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58600-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDO):

(83) 988553075

(83) 988553075

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:

RECUZO 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. 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5785

CONTA: 0200588

(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. 3º, §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

Sim

Não

nasцituro (vai haver)?

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

pais/avós vivos?

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

40 - Local e Data,

*Seu ovo personal - 20/04/2020
Herlith Wellington Coelho*

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EDC 001 50007/2010

Digitalizado com CamScanner

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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

