



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)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45750 456	14/07/2021 15:36	Petição	Petição
45750 457	14/07/2021 15:36	2784148_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_03	Outros Documentos
45750 459	14/07/2021 15:36	2784148_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02	Outros Documentos
45750 460	14/07/2021 15:36	2784148_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:36:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415361616100000043473576>
Número do documento: 21071415361616100000043473576

Num. 45750456 - 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:

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 Nº 445/2012

1 - Nome completo:

2 - Profissão:

3 - Endereço:

4 - Barro:

5 - Cidade:

6 - Estado:

7 - Número:

8 - Complemento:

9 - CEP:

10 - Telefone:

11 - 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
 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)

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

Para efeito de comprovação, soube e prestei ciência, em júri de fato, no Seguro DPVAT, que a invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordado, devo, devo, 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 do direito da controvérsia, com o que se entende.

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(s):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Sim

Não

34 - Vítima Sim Não

35 - Vítima Sim Não

36 - Vítima Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que quaisquer omissões ou desentendimentos entre beneficiários podem gerar a obrigação de ressarcir 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 - 14/07/2021 15:36:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415361773600000043473577>
Número do documento: 21071415361773600000043473577

Num. 45750457 - 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 - 14/07/2021 15:36:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415361773600000043473577>
Número do documento: 21071415361773600000043473577

Num. 45750457 - Pág. 3

energisa

111. CONVENIO DE BANCA FISCA OFERENTE: BANCA
NACIONAL DE MEXICO, BANCA NACIONAL
DE MEXICO
DIRECCION: 7-33-303-2126. FECHA: 03/01/2021

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5787856-4

Chapitre 10. Les systèmes d'exploitation Mac OS X et Mac OS X Server

	VALOR DA FATURA R\$ 70,83		VENCIMENTO 06/05/2020
	REFERÊNCIA Abr / 2020		CONSUMO 75kWh
SITUAÇÃO DE DÉBITOS Sujeito a corte!		FATURAS EM ATRASO Mai/20 R\$51,41	

6. 100% SEC-Listed miners

27/05/2020
INDICADORES DE QUALIDADE

1. Under the proposed, a 25% energy efficiency standard for light-duty vehicles would, see Am. Energy Cons. J. (2000) 29(2):105-13.

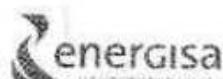
MANO B2 B2458

1190.00008 C.624.912008 15026.157170.9 8



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é resguardável da cobrança.
Relaciona para a 5195200, pagamento de débito fiscal/cobrança de energia elétrica. N° 044-636.249



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 39.095.183 / 0001-40 - Insc. Fed. 15.015.823-6

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 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 - 14/07/2021 15:36:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415361773600000043473577>
Número do documento: 21071415361773600000043473577

Num. 45750457 - 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, APLICAR 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

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 726.747.761-04 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 Fiscau José 6. 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. (DDP):	<u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 15/10/2020

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante





**Complexo Hospitalar
MANGABEIRA**

Governador Tarciso Boury

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:	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:	
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 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 60 DIAS.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a ferida 2x/dia e seção 3x vezas ao dia. Não colocar produtos tópicos na ferida.	
Se sentir dor, calafrios, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, 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			
NATURALIDADE: ALAGOA GRANDE-PB		DATA DE NASCIMENTO: 21/11/1967	
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.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:

Willberto Nazarino 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 assinou 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 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, nº 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 016.502.764-74.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Vilberto Nazário de Brito ocorrido em 02/05/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza 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



Setor Notarial e Registrável
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.: 00.206.628/0001-23

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

Em testada 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)

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 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 016.502.764-74.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Vilberto Nazário de Brito ocorrido em 02/05/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza 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

Setor Notarial e Registral
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.: 00.206.628/0001-23

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

Em testada verdade, Santa Rita-PB 28/05/2020 11:05:14

Cintália Santos Coutinho - Substituta

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

SELO 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 Professor, 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 016.502.764-74.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Vilberto Nazário de Brito ocorrido em 02/05/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza 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



Setor Notarial e Registrável
DOUGADO 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.: 00.206.628/0001-23

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

VILBERTO NAZARIO DE BRITO

Em testada verdade, Santa Rita-PB 28/05/2020 11:05:14

Cintália Santos Coutinho - Substituta

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

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

Pag. 00153/00154 - carta_01 - INVALIDEZ





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:36:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415361773600000043473577>
Número do documento: 21071415361773600000043473577

Num. 45750457 - 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:

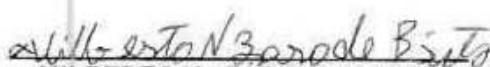
Dados do(s) Fato(s):

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, 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

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:

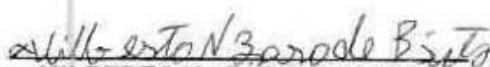
Dados do(s) Fato(s):

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

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 Nº 445/2012

1 - Nome completo:

2 - Profissão:

3 - Endereço:

4 - Barro:

5 - Cidade:

6 - Estado:

7 - Número:

8 - Complemento:

9 - CEP:

10 - Telefone:

11 - 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
 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**

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 somente após a efetivação do mesmo, 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 a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Para efeito de comprovação, solicito o preenchimento da seguinte declaração: pedi ao(a) _____ da Seguradora Lider a apresentar permanentemente, sem base na documentação apresentada, conclusão do devido(a), com me submeter a avaliação médica da 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 renúncia ao direito de contestar, 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 Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
teve filhos? Vivos Falecidos falecidos Vivos Falecidos falecidos Vivos falecidos falecidos

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, 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

av. 25 de Março, 1300 - Bento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:36:18
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415361773600000043473577

Número do documento: 21071415361773600000043473577

Num. 45750457 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:36:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415361773600000043473577>
Número do documento: 21071415361773600000043473577

Num. 45750457 - Pág. 22



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 Nº 445/2012

1 - Nome completo:

2 - Profissão:

3 - Endereço:

4 - Barro:

5 - Cidade:

6 - Estado:

7 - Número:

8 - Complemento:

9 - CEP:

10 - Telefone:

11 - 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
 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 a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Para efeito de comprovação, solicito o preenchimento da seguinte tabela, pedindo que a mesma seja anexada ao Seguro DPVAT por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, de forma, com 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 do direito da controvérsia, 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(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
teve filhos? Vivos: Falecidos: nascituros (velhacos)? Vivos: Falecidos: Vivos: Falecidos: Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que quaisquer omissões 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/á pedido:

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

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

40 - Local e data:

João Pessoa - PB 15/06/2020

av. 25 de Maio, 1300 - Bento

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 - 14/07/2021 15:36:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415361854600000043473578>
Número do documento: 21071415361854600000043473578

Num. 45750459 - 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 - 14/07/2021 15:36:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415361854600000043473578>
Número do documento: 21071415361854600000043473578

Num. 45750459 - Pág. 3

energisa

111. CONVENIO DE BANCA FISCA OFERENTE: BANCA
NACIONAL DE MEXICO, BANCA NACIONAL
DE MEXICO
DIRECCION: 7-33-303-2126. FECHA: 03/01/2021

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5787856-4

Consequently, it is recommended that patients begin a good nutritional program as soon as possible.

	VALOR DA FATURA R\$ 70,83		VENCIMENTO 06/05/2020
	REFERÊNCIA Abr / 2020		CONSUMO 75kWh
SITUAÇÃO DE DÉBITOS Sujeito a corte!		FATURAS EM ATRASO Mai/20 R\$51,41	

6 / 14 - 2023-07-17 15:00:00 505 743 4628 4628 155 155 22

27/05/2020

ATENÇÃO: A presente é de natureza provisória, e deve ser substituída por uma que contenha os termos da licitação, quando da publicação da mesma.

5 - **CD VITÓRIA** - O Departamento de Futebol profissional realizou o seu treinamento na tarde de quarta-feira (13/05/2012) no Centro de Treinamento da Confederação Brasileira de Futebol, em São Paulo. O treinamento ocorreu entre 14h30 e 16h30, com a participação de todos os jogadores e comissão técnica.

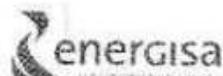
MANO B2 B2458

1190.00008 C.624.912008 15026.157170.9 8

Num. 45750459 - Pág. 4

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é resguardável da cobrança.
Relaciona para si 519200, pagamento de débito fiscal/cobrança de energia elétrica. N° 044-638.249



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 39.095.183 / 0001-40 - Insc. Fed. 15.015.823-6

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 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009756463	001698281202005	28/05/2020	R\$ 147,62	

09.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:36:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415361854600000043473578>

Número do documento: 21071415361854600000043473578

Num. 45750459 - 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, APLICAR 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

Willberto Nazario de Brito inscrito (a) no CPF sob o Nº 726.747.761-04
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Willberto Nazario de Brito

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 726.747.761-04 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 Fiscau José 6. 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. (DDP):	<u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 15/10/2020

Alexandria Cesar Duarte
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:	CD:
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 60 DIAS.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a ferida 2x/dia e seborrôa duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos na ferida.	
Se sentir dor, calafrios, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA: Antiinflamatório, Analgésico e Antinegésico	

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

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			
NATURALIDADE: ALAGOA GRANDE-PB		DATA DE NASCIMENTO: 21/11/1967	
DOC. ORIGEM: CASAM N.1941 FLS.73 LIV.B-04AUX			
CARTÓRIO AREIA-PR			
CNPJ: 726.747.764-04			
Assinatura: Vilberto Nazário de Brito Local: Areia-PR Data: 29/06/2018			
LEI N.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:

Willberto Nazarino 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 assinou 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 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 016.502.764-74.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Vilberto Nazário de Brito ocorrido em 02/05/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza 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

Senden Notarial e Registral
DOCURADO 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.: 00.206.628/0001-23

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

Em testada verdade, Santa Rita-PB 28/05/2020 11:05:14

Cintália Santos Coutinho - Substituta

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

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 Advogado, residente e domiciliado à Rua Antônioz Lacerda, 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 Advogado, 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/ e CPF nº 016.502.764-74.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Vilberto Nazário de Brito ocorrido em 02/05/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza 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

Setor Notarial e Registral
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.: 00.206.628/0001-23

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

Em testada verdade, Santa Rita-PB 28/05/2020 11:05:14

Cintia Santos Coutinho - Substituta

(2029-002929)EMDL;R\$ 10,22 FARPEN:R\$ 0,30 FEPJ:R\$ 0,00

SELO 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 Advogado, 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/ PB e CPF nº 016.502.764-74.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Vilberto Nazário de Brito ocorrido em 02/05/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza 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

Setor Notarial e Registral
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.: 00.206.628/0001-23

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

Em testada verdade, Santa Rita-PB 28/05/2020 11:05:14

Cintália Santos Coutinho - Substituta

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

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

Pag. 00153/00154 - carta_01 - INVALIDEZ
00030077




Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:36:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415361854600000043473578>
Número do documento: 21071415361854600000043473578

Num. 45750459 - 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 Nº 445/2012

1 - Nome completo:

2 - Profissão:

3 - Endereço:

4 - Barro:

5 - Cidade:

6 - Estado:

7 - Número:

8 - Complemento:

9 - CEP:

10 - Telefone:

11 - 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
 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**

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

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

Para efeito de comprovação, soube e prestei-me a excluir, na data de hoje, no Seguro DPVAT, que não tenho laudo de invalidade permanente, nem base na documentação apresentada, concordo no devido dia, com me submeter a avaliação médica da Seguradora Lider para 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 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(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
teve filhos? Vivos: Falecidos: nascituro (velhaco)? Vivos: Falecidos: nascituro (velhaco)? Vivos: Falecidos: Vivos: Falecidos:

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

34

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

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

37 - (*) Assinar e juntar quem assinou a rego/á 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 - 14/07/2021 15:36:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415361854600000043473578>
Número do documento: 21071415361854600000043473578

Num. 45750459 - 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:

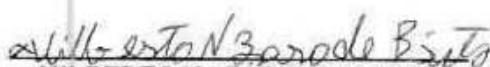
Dados do(s) Fato(s):

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, 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

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:

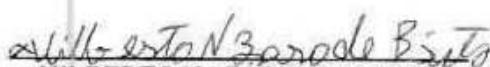
Dados do(s) Fato(s):

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

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 Nº 445/2012

1 - Nome completo:

2 - Profissão:

3 - Endereço:

4 - Barro:

5 - Cidade:

6 - Estado:

7 - Número:

8 - Complemento:

9 - CEP:

10 - Telefone:

11 - 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)

AGÊNCIA: **5909** CONTA: **387 23**

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo à 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 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 a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Para efeitos de comprovação, solicito o preenchimento da seguinte declaração: pedi ao(a) _____ da Seguradora Lider a apresentar permanentemente, sem base na documentação apresentada, concordando, de forma clara, com me submeter a avaliação médica e os exames da 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 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 Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
teve filhos? Vivos Falecidos falecidos Vivos Falecidos falecidos Vivos falecidos

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que quaisquer omissões ou declarações, nesse certidão, 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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:36:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415361854600000043473578>
Número do documento: 21071415361854600000043473578

Num. 45750459 - Pág. 22



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE SANTA RITA/PB

Processo n.º 08016619620208150321

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **VILBERTO NAZARIO DE BRITO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SANTA RITA, 12 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:36:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415361947500000043473579>
Número do documento: 21071415361947500000043473579

Num. 45750460 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 15:36:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071415361947500000043473579>
Número do documento: 21071415361947500000043473579

Num. 45750460 - Pág. 2