



Número: **0029914-77.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VANDERLEIA GERMANO DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75222 962	15/02/2021 12:49	2740062_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00299147720208172001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA 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 **VANDERLEIA GERMANO DA SILVA**, 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:

DA AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE A LESÃO EXISTENTE NO OUNHO DIREITO, NO JOELHO DIREITO E ESQUERDO E O ACIDENTE

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que as lesões apresentadas no punho direito, no joelho direito e esquerdo tenham decorrido do acidente de trânsito¹.**

ISSO PORQUE, CONFORME EVIDENCIAM OS PRÓPRIOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS PELA PARTE AUTORA, A ÚNICA LESÃO OCASIONADA A ELA DECORRENTE DO ACIDENTE OCORREU NO OMBRO ESQUERDO:

¹SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)



SANTA EFIGENIA

Paciente: **VANDERLEIA GERMANO DA SILVA**
Dt. Nasc.: 23/09/1979 Idade: 40
Mãe: ISABEL BEZERRA DOS SANTOS
Atendimento: 01260937 Data/Hr: 19/12/2019 01:37
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Nome Social:

Prontuário: 0000003406
Leito: ENF 314B
Convênio: IRH
Carteira: SASSE138710003
Sexo: FEMININO

EVOLUÇÃO MÉDICA UNI

HISTÓRICO

ORIGEM: ☐ ADMISSÃO ELETIVA ☐ PRONTO SOCORRO ☐ OUTI ☐ BLOCO CIRÚRGICO ☐ OUTRO HOSPITAL /SERVIÇO DE SAL

INDICAÇÃO DE PRECAUÇÃO DE CONTATO: ☐ INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 90 DIAS ☐ HEMODIÁLISE ☐ RESIDÊNCIA EM ILP ☐ HOM

IMUNOSSUPRESSÃO ☐ ANTI-BIOTICOTERAPIAS NOS ÚLTIMOS 90 DIAS

ALERGIAS / INTOLERÂNCIA: ☐ SIM ☐ NÃO MEDICAMENTOS: Substância: NIMESULIDA Observação: ALERGICA
Substância: IBUPROFENO Observação: ALERGICA

HEMOTRANSFUSÃO: JÁ FOI TRANSFUNDIDO: ☐ SIM ☐ NÃO

JÁ APRESENTOU REAÇÃO TRANSFUSIONAL: ☐ SIM ☐ NÃO

QUAL:

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Fratura-luxação do ombro esquerdo (tubérculo maior)

ADMISSÃO

Acidente motociclístico em 18/12/19, com trauma no ombro esquerdo. Chegou à urgência com o ombro luxado. Feito a redução na urgência. Internada para tratamento cirúrgico de fratura do tubérculo maior do úmero proximal esquerdo.

EVOLUÇÃO DO DIA

EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS. NEGA QUEIXAS SEM DEFICIT NEUROVASCULAR

PARECER MÉDICO

ORA, EXA., EM MOMENTO ALGUM A PARTE AUTORA APRESENTA BOLETIM MÉDICO COMPROVANDO AS LESÕES NO PUNHO DIREITO E NO JOELHO DIREITO E ESQUERDO QUE TENHAM DECORRIDO DO SINISTRO DISCUTIDO, NÃO PODENDO, ASSIM, SER IMPUTADO À RÉ O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO POR LESÃO QUE NÃO OCASIONADA PELO ACIDENTE ADUZIDO.

DESTA FORMA, RESTA DEMONSTRADA A COMPLETA AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE AS LESÕES E O ACIDENTE!!!

DO LAUDO PERICIAL

DA GRADUAÇÃO EM SEGMENTO DIVERSO

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

Requerida a indenização em sede administrativa, foi apurada lesão no ombro esquerdo com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.687,50:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200198446 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA Data do acidente: 18/12/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2020
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.
LUXAÇÃO GLENOUMERAL À ESQUERDA.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM ÂNCORA METÁLICA). PÁG 1/5/9
ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 EM GRAU MODERADO DO OMBRO
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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro superior esquerdo com repercussão intensa (75%).

Importante esclarecer que, conforme demonstram os próprios documentos de atendimento médico apresentados pela parte autora, **A LESÃO FOI OCASIONADA SOMENTE NO OMBRO ESQUERDO.**

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.



DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O OMBRO ESQUERDO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO.

Em caso de condenação, requer a aplicação da 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).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 10 de fevereiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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





Número: **0029914-77.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VANDERLEIA GERMANO DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75222 963	15/02/2021 12:49	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200198446 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA **Data do acidente:** 18/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.
LUXAÇÃO GLENOUMERAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM ÂNCORA METÁLICA). PÁG 1/5/9
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 EM GRAU MODERADO DO OMBRO
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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200198446 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA **Data do acidente:** 18/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.
LUXAÇÃO GLENOUMERAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM ÂNCORA METÁLICA). PÁG 1/5/9
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 EM GRAU MODERADO DO OMBRO
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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0154158/20
Vítima: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA
CPF: 044.788.684-33
CPF de: Próprio
Data do acidente: 18/12/2019
Titular do CPF: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

VANDERLEIA GERMANO DA SILVA : 044.788.684-33

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: 02/06/2020
Nome: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA
CPF: 044.788.684-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/06/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

JONATAN BARBOSA DE BARROS





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, 02 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200198446

Vítima: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

Data do Acidente: 18/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

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, contatos 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 15824859





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, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200198446

Vítima: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

Data do Acidente: 18/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000005742-8

Conta: 000007351-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima

Nome completo da vítima

044-788-684-33 Vanderleia Germane da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 481/2012

5 - Nome completo

Vanderleia Germane da Silva

7 - Profissão

Enfermeira Estanislau Cordeiro

11 - Bairro

Caruaru

13 - Estado

Indiopolis

9 - Número

044-788-684-33

10 - Complemento

60

14 - CEP

55024-650

16 - Tel (DDD)

81-9-9663-684

DADOS CADASTRAIS

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 anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

21 - DADOS BANCÁRIOS

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Marcar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Marcar se for)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA

CONTA

AGÊNCIA

CONTA

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar 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 tenho direito, recebimento 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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Sob pena de prosseguimento do acervo do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordo, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, ao Cartão da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima

25 - Grau de parentesco com a vítima

26 - Vítima vítima companheira

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo

28 - Vítima tem filhos

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tem filhos, informar

30 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tem irmãos, informar

33 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso verificado, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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.

NÃO ASSINAR/TESTEMUNHAR

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a regra)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a regra)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a regra)

38 - 1ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data

X Vanderleia Germane da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário/prestador

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP-001 V002/2019



Scanned by TapScanner



PROTÓCOLO
02 JUN 2020
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CAIXA
POUPANÇA

5067 2252 6437 5751

5067 VALIDO ATE 08/24

FELIPE NILDO DA SILVA
0943 013 00058658-6

elc

VALIDO SOMENTE NO BRASIL

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
02 JUN 2020
PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Scanned by TenScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0179000825

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/05/2020 às 14:20

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 18/12/2019 às 08:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA FRANCISCO DIAS DE BARROS -
Bairro: INDIANOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
VANDERLEIA GERMANO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

VANDERLEIA GERMANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ISABEL BEZERRA DOS SANTOS Pai: CARMELITO GERMANO DA SILVA Data de Nascimento: 23/9/1979 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5999040/SSP/PE (RG), 04478868433 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: ENFERMEIRO(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 60, RUA INSTANDERLAU CORDEIRO DE MELO - CEP: 0 - Bairro: INDIANOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): VANDERLEIA GERMANO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): VANDERLEIA GERMANO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTONETA/HONDA/BIZ 125 Objeto apreendido: Não
Cor: CINZA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCN0367 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9C2JC4830KR013972
Ano Fabricação/Modelo: 2019/NÃO INFORMADO
Descrição: RENAVAM 1181722699

Complemento / Observação



A VITIMA AFIRMA QUE PILOTAVA A REFERIDA MOTONETA QUANDO ANIMAL GATO ATRAVESSOU A VIA E AO
FREAR A MOTONETA ACABOU PERDENDO CONTROLE DO VEICULO E CAIU NA VIA. QUE A VITIMA FOI
SOCORRIDA PELO SAMU ATE HOSPITAL SANTA EFIGENIA PRONTUARIO 3406. CASO AFETO A 88 CIRC
CARUARU.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Vanderleia Germano da Silva
VANDERLEIA GERMANO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE NIVALDO BEZERRA DOS SANTOS - Matrícula: 319618-6



2 of 2



Scanned by TapScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima

Nome completo da vítima

044-788-684-33 Vanderleia Germano da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 481/2012

5 - Nome completo

Vanderleia Germano da Silva

7 - Profissão

Enfermeira Estanislau Cordeiro

11 - Bairro

Caruaru

13 - Estado

Indiopolis

9 - Número

10 - Complemento

60

14 - CEP

55024-650

16 - Tel (DDD)

81-9-9663-684

DADOS CADASTRAIS

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 anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

21 - DADOS BANCÁRIOS

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPEIRAS (Somente para os bancos abaixo. Marcar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Marcar se for)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA

CONTA

AGÊNCIA

CONTA

5742

8

7351

2

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, recebimento 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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Sob pena de prosseguimento do acervo do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordo, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, ao Cartão da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima

25 - Grau Parentesco com a vítima

☐ Sim

☐ Não

26 - Vítima vítima companheira

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo

28 - Vítima tem filhos

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tem filhos, informar

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tem irmãos, informar

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso verificado, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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.

NÃO ASSINAR TITULAR

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a regra)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a regra)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a regra)

38 - 1ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data

X Vanderleia Germano da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP-001 1002/2019



Scanned by TapScanner





Scanned by TenScanner



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:	10/06/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANDERLEIA GERMANO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05742-8

CONTA: 000000007351-2

Nr. da Autenticação E4605A0E72A7035C



CAIXA



CTC RECIFE PE PLA
VANDERLEIA GERMANO DA SILVA
ESTANISLAU CORDEIRO DE MELO 00060
INDIANOPOLIS
55024-650 CARUARU PE - PE

1406
3



AD 30491988
Emissão: 25/03/2020
Postagem: 25/03/2020
Validade: 01/04/2021

ASSINADO ELETRONICAMENTE		DATA	
SERVIÇO POSTAL		DATA	
PARA O CORREIO		PARA O CORREIO	
JARDIM REINALICE - BARRIERS / SP		JARDIM REINALICE - BARRIERS / SP	
CEP - 05412-000		CEP - 05412-000	
RUA GRANDES LADOS, 187		RUA GRANDES LADOS, 187	
DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO		DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO	
REMETENTE		REMETENTE	

Scanned by TapScanner



Scanned by TapScanner



