



Número: **0038597-06.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|---|----------------|
| MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA (AUTOR) | | EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO) | |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU) | | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) | |
| RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 76588559 | 09/03/2021 15:46 | Microsoft Word - 2772730_MANIFESTACAO_LAUDO | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00385970620208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, 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 **MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA**, 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:

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 a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPOSTO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços

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



na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 8 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE





Número: **0038597-06.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|--|--------------------|
| MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA (AUTOR) | | EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO) | |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU) | | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) | |
| RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 76588560 | 09/03/2021 15:46 | ANEXO 1 | Outros (Documento) |



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, 07 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200280562

Vítima: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

Data do Acidente: 23/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

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 16012887





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - NR do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 019.860.044-57 4 - Nome completo da vítima: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

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

5 - Nome completo: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA 6 - CPF: 019.860.044-57
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA CHÃ DO CORVO 9 - Número: 42 10 - Complemento:
11 - Bairro: CHA DO MARINHEIRO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 1819.9665-0454

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 1.500,00 ☐ R\$ 1.500,00 A R\$ 2.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 2.500,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Anotar uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 71964709 4
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/concussão do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reservando e dando, desde já e somente após a ativação ou crédito, quitação total do valor recebido.

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT. (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 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.

Suicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação de 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte à(s) única(s) beneficiária(s) que se apresentarem e provar(em) esta condição, caso em que, ainda, de que qualquer omissão na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SURUBIM, 02 DE JUNHO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0047001090

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **23/4/2020** às **11:00**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GENIVAL LUIS DA SILVA

GENIVAL LUIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Pai: JOSE LUIS DA SILVA Data de Nascimento: 8/10/1963 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2240466/SSP/PE (RG), 68718510420 (CPF), 1487230370 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: 81599354963

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 35, RUA PATRICIA ARRUDA DA SILVA - CEP: 55750-060 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA SANTANA DA CONCEICAO** Pai: **AMARO FRANCISCO D LIMA** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2930589/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 42, SÍTIO CHA DO CORVO - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

MICHERLAN VEREADOR (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENIVAL LUIS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENIVAL LUIS DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 110I** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

17/05/2020 11:11





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - NR do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 019.860.044-57 4 - Nome completo da vítima: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

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

5 - Nome completo: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA 6 - CPF: 019.860.044-57
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA CHÃ DO CORVO 9 - Número: 42 10 - Complemento:
11 - Bairro: CHA DO MARINHEIRO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 1819.9665-0454

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 1.500,00 ☐ R\$ 1.500,00 A R\$ 2.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 2.500,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos citados. Anotar uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 71964709 4
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/concórdia do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reservando e dando, desde já e somente após a ativação ou crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT. (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 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.

Se não o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação de 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 do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte à(s) única(s) beneficiária(s) que se apresentarem e provar(em) esta condição, caso em que, ainda, de que qualquer omissão na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SURUBIM, 02 DE JUNHO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, 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 COAF**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo 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 as atividades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Peço exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.860.044 / 57, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.860.044 / 57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Li Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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 MANOEL ALVES DE MOURA</u> | | Número <u>64</u> | Complemento <u>CASA</u> |
| Urbino <u>CENTRO</u> | Cidade <u>SURUBIM</u> | Estado <u>PE</u> | CEP <u>55.750-000</u> |
| E-mail _____ | | Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9.9665-0454</u> | Telefone celular(DDD) <u>(81) 9.8133-5022</u> |

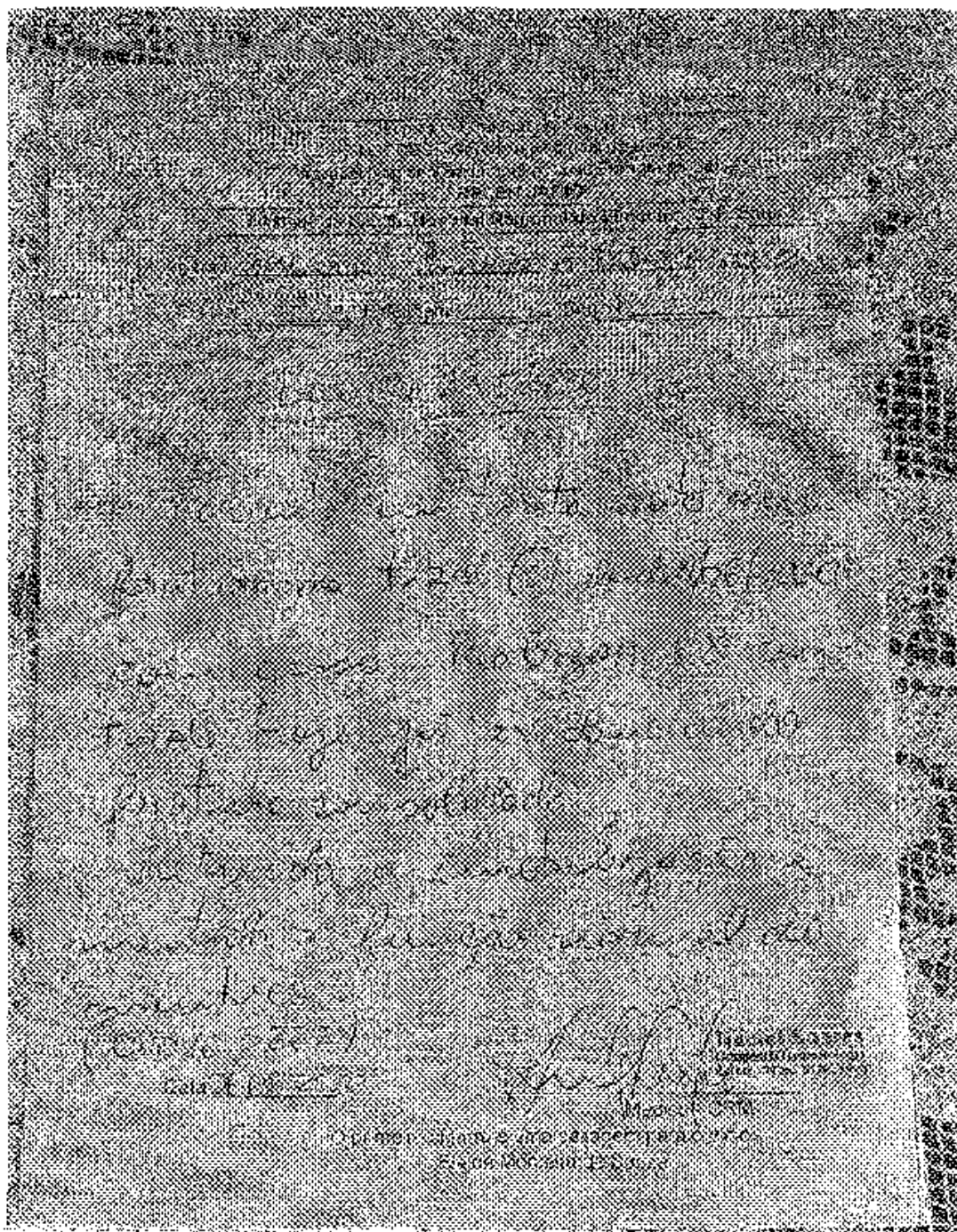
SURUBIM, 02 de JUNHO de 2020.

Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DECL-006 V001/2017







ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM

Rua Maria Barbosa S/Nº Centro, Surubim - PE

Fone: 81 - 36341624 Fax: 3634-1461

CNPJ 11.754.025/0001-05

E-mail: apamisurubim@terra.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA, deu entrada neste serviço no dia 23/04/2020, após acidente, feito atendimento em seguida transferido para o Hospital Regional de Limoeiro, conforme consta em prontuário de nosso arquivo.

Surubim, 16 de maio de 2020.


Adriana Olívia Cabral
Funcionária Encarregada



HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM
FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA

Atendimento: 120/60813 Data: 23/04/2020 12:25
Convênio: SUS Matrícula:
Médico: FRANCISCO EUDES R DE AQUINO

Recep: VANDSON
Setor: URGENCIA/EMERGENCIA
Cartão SUS: 706208767483870

Registro: 182908
Paciente: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA
Nascimento: 05/08/1964 - Idade: 55 anos
Endereço: SÍTIO CHA DO COUVE
Bairro: ZONA RURAL
IBGE/Cidade: SURUBIM
Pai: AMARO FRANCISCO DE LIMA
Mãe: MARIA SANTANA DA CONCEIÇÃO
Est. Civil: Casado(a)

Prontuário: 182908
Cor: Parda
Sexo: Masculino
C.P.F.:
Identidade: /
Telefone:
G. instrução:
Naturalidade: SURUBIM-PE

OBS: CORREDOR

Anamnese e Exame Suprário:

Fratura Tibial
paciente vítima de acidente de motor
carro envolvido com fogo e uso de um soco
na região da perna, P.B.C. de OK
Exame Hemodinâmico

Exames Complementares:

Hip Diagnóstica /Cid:

Fratura Tibial D.

Prescrição/Tratamento:

Reavaliação:

Materiais Usados:

Dr. Manoel Souza
CRM-PE 5515

Assinatura e Carimbo do Médico

62-5927311



Secretaria Estadual de Saúde - SES
II GERES - Gerência Regional de Saúde
Hospital Regional de Limoeiro "José Fernandes Salsa"
RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: **Hospital Regional do Limoeiro "J. F. Salsa"**

Nome: Manoel Amaro Rocha de Lima

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Reg. Nº _____

Laudo Médico - INSS

Paciente vítima de acidente
com motocicleta dia 23/04/2020
apresentando fratura diafisária
da tíbia tratada desde então c/
gesso.

Necessita permanecer afastado
de suas atividades por 120 (cento
e vinte) dias
(CID 10 S82.2)

Data 07/05/2020

Leisel Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 19270/RJ-1993

Médico - CRM

O primeiro cigarro é uma passagem para o vício
Eleide Monteiro de Souza

Digitalizado com CamScanner

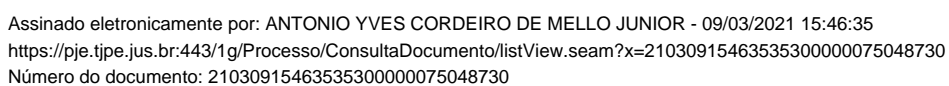


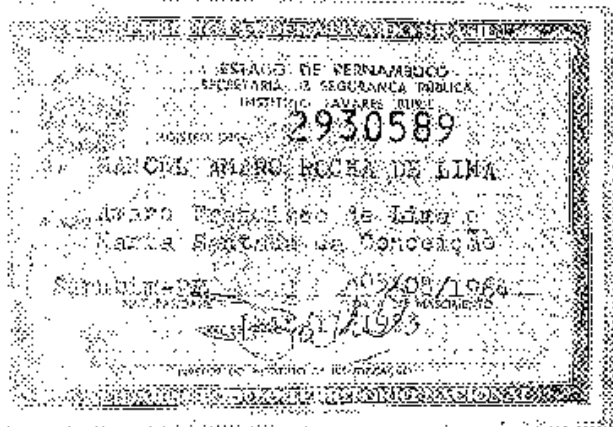


019 860 044 / 57 2ª Via.

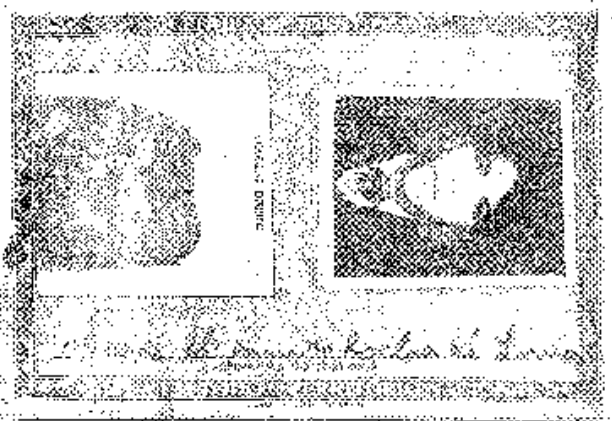
Enosel Amaro Rocha de Lima.

05/08/64.





Digitizado com CamScanner



Digitizado com CamScanner





...Informações sobre o veículo

Placa: PCW-1663

Espécie/ Tipo: PAS / MOTONETA

Marca/ Modelo: HONDA/BIZ 110I

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 109

Cor predominante: VERMELHA

Chassi: 9C2JC7000HR513228

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2017

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200280562 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA **Data do acidente:** 23/04/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA (PAG.02.03)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO (PÁGINA 1), DATADO DE 06/08/2020, MACIEL SOARES, CRM: 17728, DESCREVENDO: "...RETIRADA A IMOBILIZAÇÃO E MANTIDA A FUNÇÃO NORMAL DO MEMBRO."

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220194/20
Vítima: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA
CPF: 019.860.044-57
CPF de: Próprio
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
Data do acidente: 23/04/2020
Titular do CPF: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA : 019.860.044-57

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: 06/08/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA





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: 3200261405

Data da solicitação: 06/08/20

Nome do beneficiário: Manoel Amaro Rocha de Lima

CPF do beneficiário: 019.860.044-

Nome do solicitante:

CPF do solicitante: 57

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9.9665-0454

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ OMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

☒ DISCORDA DA NEGATIVA

☐ DISCORDA DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Relatório de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: Doc. Laudo

(DESCREVER)

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

Solicito que reanálise esse processo, pois MANOEL NÃO SE ENCONTRA mais em tratamento, fez todo o tratamento mais ainda se encontra com sequelas não podendo exercer suas ATIVIDADES.

SURUBIM, 06 DE AGOSTO DE 2020.

Lucia Dato

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a cargo)

IMPORTANTE:

Após de preencher todos os dados, imprimir e formalizar, assinar e entregar no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente ou ser passado ao Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

Caso o beneficiário/vítima não tenha condições de assinar, o representante legal deve assinar e colocar o nome e o endereço completo, para garantir a autenticidade do pedido (a seu cargo).



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

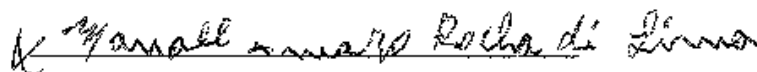
| |
|--|
| NOME: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRO |
| PROFISSÃO: AGRICULTOR |
| RG: 2.930.589 SSP/PE e CPF: 019.860.044-57 |
| DATA DO ACIDENTE: 23/04/2020 |
| COBERTURA: INVALIDEZ |
| VÍTIMA: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA |
| ENDEREÇO: RUA CHÃ DO CORVO, Nº 42, BAIRRO: CHÃ DO MARINHEIRO - SURUBIM -PE - CEP:55.750-000 |

OUTORGADO

| |
|--|
| NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRO |
| PROFISSÃO: ADVOGADO OAB/PE nº 52105 |
| IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68 |
| ENDEREÇO: RUA MANOEL ALVES DE MOURA, Nº64, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE. |

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

SURUBIM, 04 DE MAIO DE 2020



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

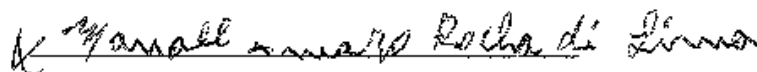
| |
|--|
| NOME: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRO |
| PROFISSÃO: AGRICULTOR |
| RG: 2.930.589 SSP/PE e CPF: 019.860.044-57 |
| DATA DO ACIDENTE: 23/04/2020 |
| COBERTURA: INVALIDEZ |
| VÍTIMA: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA |
| ENDEREÇO: RUA CHÃ DO CORVO, Nº 42, BAIRRO: CHÃ DO MARINHEIRO - SURUBIM -PE - CEP:55.750-000 |

OUTORGADO

| |
|--|
| NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRO |
| PROFISSÃO: ADVOGADO OAB/PE nº 52105 |
| IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68 |
| ENDEREÇO: RUA MANOEL ALVES DE MOURA, Nº64, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE. |

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

SURUBIM, 04 DE MAIO DE 2020



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220194/20

Vítima: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

CPF: 019.860.044-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA : 019.860.044-57

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: 06/08/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

