



Número: **0802323-90.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Princesa Isabel**

Última distribuição : **28/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MAXIMO ROBERTO LIMA (AUTOR)</b>	<b>HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47166 787	16/08/2021 16:00	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
47166 790	16/08/2021 16:00	<a href="#"><u>2773912_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
47166 792	16/08/2021 16:00	<a href="#"><u>2773912_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/08/2021 16:00:57  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081616005752700000044795509>  
Número do documento: 21081616005752700000044795509

Num. 47166787 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200110440**      **Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA**

**Data do Acidente:** 21/11/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MAXIMO ROBERTO 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 n° 15617437



00229 01137/01138 - carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/08/2021 16:00:58  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081616005798100000044795512>  
Número do documento: 21081616005798100000044795512

Núm. 47166790 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 18 de Março de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200110440      Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA

Data do Acidente: 21/11/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MAXIMO ROBERTO LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01151/01152 - carta\_03 - INVALIDEZ



00070576

Carta nº 15634198



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/08/2021 16:00:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081616005798100000044795512>  
Número do documento: 21081616005798100000044795512

Num. 47166790 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200110440 Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA

Data do Acidente: 21/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

## **Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). MAXIMO ROBERTO LIMA**

Informamos que os pagamentos da

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **MAXIMO ROBERTO LIMA**

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000003457-6

Conta: 000000130180-2

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Maio de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200110440

Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MAXIMO ROBERTO LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. 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

Pag. 01431/01432 - carta\_02 - INVALIDEZ



00030716

Carta nº 15771682



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/08/2021 16:00:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081616005798100000044795512>  
Número do documento: 21081616005798100000044795512

Num. 47166790 - Pág. 4



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 31 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200110440** Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA

**Data do Acidente: 21/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MAXIMO ROBERTO LIMA**

Informamos que os pagamentos da

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 2.700,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%  
Graduação: Em grau leve 40%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (40% de 50%) 20,00%  
Valor a indenizar: 20,00% x 13.500,00 = R\$ 2.700,00

Recebedor: MAXIMO ROBERTO LIMA

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 237

Agência: 000003457-6

Conta: 000000130180-2

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
16ª AISP DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL  
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



### CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial:

**OCORRÊNCIA POLICIAL N° 614/2019, LIVRO nº 003/2019.**

**DATA:** 03/12/2019

**HORA:** 14h55min

**CIDADE:** Princesa Isabel/PB

**DELEGADO:** Bruno Sergio Maciel de Queiroz

**Noticiante: MÁXIMO ROBERTO LIMA**

**Estado civil:** CASADO                           **RG:** 2965789 - 2<sup>a</sup> VIA SSP/PB

**CPF:** 095.478.304-22

**Sexo:** MASCULINO

**Nascimento:** 21.02.1985

**Idade:** 34 anos

**Nacionalidade:** Brasileira

**Naturalidade:** PRINCESA ISABEL/PB

**Profissão:** AGRICULTOR

**Filiação:** ALBERTO COSTA DE LIMA E MARIA DO CARMO LIMA

**Endereço:** SÍTIO ESCORREGADA, ZONA RURAL, PRINCESA ISABEL/PB

### **NARRATIVA**

QUE NO DIA 21/11/2019 PILOTAVA UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 BROS ESDD, CHASSI: 9C2KD0810JR012354, PLACA: OFY-6311/PB, ANO/MODELO:2017/2018, COR: VERMELHA, REGISTRADA EM NOME DO DECLARANTE, QUE VINHA DE SUA RESIDÊNCIA EM DIREÇÃO A CIDADE DE PRINCESA ISABEL/PB, QUE EM UM DETERMINADO PONTO TINHA UMA AREIA, QUE DERRAPOU E PERDEU O CONTROLE, QUE VEIO AO SOLO, QUE FOI SOCORRIDO PO UM TIO QUE MORA NAS PROXIMIDADES, QUE SUA TIA ESTAVA COMO GARUPA MAIS NADA SOFREU, QUE FOI TRAZIDO PARA UPA DA CIDADE DE PRINCESA ISABEL/PB, QUE FRATUROU DOIS DEDOS DO PÉ ESQUERDO, QUE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NA CIDADE DE SERRA TALHADA/PE, QUE ARRUMOU O DINHEIRO E ARCOU COM O VALOR DA CIRURGIA, QUE CORRIA O RISCO DE AMPUTAÇÃO CASO A CIRURGIA NÃO FOSSE REALIZADA DE IMEDIATO,

O referido é verdade, Dou fé Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante: Máximo Roberto Lima

  
155.636-3  
DELEGACIA DE POLICIA  
CIVIL  
Princesa Isabel/PB

Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.  
Fone/fax: (0XX83) 3457 2381.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/08/2021 16:00:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081616005798100000044795512>  
Número do documento: 21081616005798100000044795512

Num. 47166790 - Pág. 7



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° do sinistro ou ABL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vitima: 6 - CPF: 9 - Número: 10 - Complemento:

095.478.304-22 MAXIMO Roberto Lima

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

5 - Nome completo: **MAXIMO ROBERTO LIMA**  
 7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **Sítio - ESCURREGAVIA** 9 - Número: **3N** 10 - Complemento: **casa**  
 11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **P. ISABEL** 13 - Telefone: **18** 14 - CEL: **58 755-000**  
 15 - E-mail: **/** 16 - TEL.(DDD): **83-997-32-44-13**

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

 NLE (ISO 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, assimile uma opção)

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)Nome do BANCO: **BEADOR 0 - 237**AGÊNCIA: **3457** CONTA: **0130180**

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/cumprimento do Seguro DPVAT, a que eu sou direito, reconhecendo e dando, desde já e formidavelmente, a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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.

Scruto o prosseguimento da análise da meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por via eletrônica, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, com o menor tempo possível, e, se necessário, às custas da seguradora, ouvirá essa verificação da existência e quantidade de efeitos permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 196/74.

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar:
teve filhos?	Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varônecas)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		31 - Vítima teve amizôes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		32 - Se tinha irmãos, informar:
		Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:
		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora não pagará, caso devide, a indenização do Seguro DPVAT, por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provisoriamente em condições, evitando, contudo, de que qualquer emissão ou declaração não verdadeira possa gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rágua)	35 - CPF legível de quem assina o pedido (a rágua)	36 - Assinatura de quem assina o pedido (a rágua)
37 - Assinatura da testemunha (a rágua)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
40 - Local e Data: <b>P. ISABEL-PB, 23-12-2019</b>	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <b>MAXIMO ROBERTO LIMA</b>	

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



## UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

Ficha: 148568 Nome: MAXIMO ROBERTO LIMA

SITIO ESCORREGADA nº S/N - ZONA RURAL - Princesa Isabel / PB-58755000

Complemento:

Sexo: Masculino Cor: Pardo

Estado Civil: -1

Prontuário: 15378

Data Atendimento: 21/11/2019 05:53:08

Data de nascimento: 21/02/1985

Idade: 34 A e 9 M

Convênio: SUS

CNS: 898004508768816

CPF: 09647830422

Nacionalidade: BRASILEIRA

Esp.: CLINICA GERAL

Grau Instrução: Fundamental II (5ª a 8ª Série)

Nome Social:

Mae: MARIA DO CARMO LIMA

Telefone: / (83)8921-8593

## FICHA DE ATENDIMENTO - PA



PROCEDIMENTO	C.B.O.	CID10	CRM	PROCEDIMENTO	C.B.O.	CID10	CRM

## Classificação de Risco

Verde

P.A.: 121X86 HGT: Pulso: Temp.: °C Peso: Saturação: FR:

Dor/Local/Score:

Alergia: Nenhuma

Queixa: ESCORIAÇÕES E FERIMENTO CORTO CONTUSO EM MMII RELACIONADOS À QUEDA DE MOTO

Tipo de Alta/Reavaliação: Reavaliação

BARBARA MARIA DUARTE M SANTOS  
ENFERMEIRO(A)

Data Classificação: 21/11/2019 06:12:13

Motivo do atendimento e descrição do exame Clínico/Anamnese:

Atendimento: Dr(a) HERMOGENES ALBUQUERQUE FEITOSA - CRM: 5445 - 21/11/2019 - 06:15:59  
PACIENTE APRESENTANDO-SE COM FERIMENTO EM HÁLUX ESQUERDO APÓS TRAUMA POR QUEDA DE MOTO*Gesar Rodrigues de Lima  
Técnico em Radiologia  
CTR: 025197*

Exames Complementares Realizados/Solicitados:

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE

Hipótese diagnóstica:

S99 - Outr traum e os NE do tornozelo e do pe (Atendimento: Dr(a) HERMOGENES ALBUQUERQUE FEITOSA - CRM: 5445 - 21/11/2019 - 06:15:59)

Conduta ( Tratamento Realizado)/Sumário:

Tipo de atendimento:

Grupo de atendimento:

*Optimizar 1g + 10ml 5% à 0,9% i.v.mel ev  
Tomar 40mg + 10ml ev**VIRE ⇒  
Transfériencia para Telhado  
12:20**Dr. Hermógenes Albuquerque Feitosa  
Médico  
CRM-PB-5445  
CREMPE 23459*Dr(a) HERMOGENES ALBUQUERQUE FEITOSA  
CRM: 5445

Assinatura do paciente/responsável

Data de Emissão: 21/11/2019 06:24:24 pelo usuário HERMOGENES.FEITOSA

Usuário da Recepção: DANIELLE.LIMA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/08/2021 16:00:58

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081616005798100000044795512

Número do documento: 21081616005798100000044795512

Num. 47166790 - Pág. 9

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAXIMO ROBERTO LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03457-6

CONTA: 000000130180-2

---

Nr. Autenticação  
BRADESCO30042020050000000002370345700000013018067500 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/08/2021 16:00:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081616005798100000044795512>  
Número do documento: 21081616005798100000044795512

Num. 47166790 - Pág. 10

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAXIMO ROBERTO LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03457-6

CONTA: 000000130180-2

---

Nr. Autenticação  
BRADESCO270520200500000000023703457000000130180270000 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/08/2021 16:00:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081616005798100000044795512>  
Número do documento: 21081616005798100000044795512

Num. 47166790 - Pág. 11



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Eu, Máximo Roberto Lima,

RG nº 2.965.789, data de expedição 27/03/2019

Órgão SSP-PB, CPF nº 095.478.306-22

venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço  
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito  
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SUELIO - ESQUELETO</u>
Número	<u>31</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>P. ISABEL</u>
Estado	<u>PARÁ</u>
CEP	<u>58-755-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 999-32-44-13</u>
E-mail	<u>—, —, —</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: P. ISABEL - PB, 03-12-2019

Máximo Roberto Lima  
Assinatura do Declarante

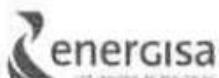


## BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Pode, para sempre pagamento da nota na conta de energia elétrica N° 038.153.458



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc Est. 19.015.823-0

### DADOS DO CLIENTE

MARIA CLEIDE DE SOUSA  
SIT ESCORREGADA S/N  
PRINCESA ISABEL

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**5/1475328-9**

REFERÊNCIA  
**JAN/2020**

APRESENTAÇÃO  
**28/01/2020**

CONSUMO

**66**

VENCIMENTO

**04/02/2020**

TOTAL A PAGAR

**R\$ 40,40**

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 10/02/2020

Pagador: MARIA CLEIDE DE SOUSA CNPJ/CPF: 098.979.934-44

SIT ESCORREGADA S/N - AREA RURAL - PRINCESA ISABEL / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
2624912001154777B	001475328202001	04/02/2020	R\$ 40,40	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

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 - 16/08/2021 16:00:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081616005798100000044795512>  
Número do documento: 21081616005798100000044795512

Num. 47166790 - Pág. 13



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTCAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da presunção 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rómulo de Sousa Ferreira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.806.289-34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MAXIMO ROBERTO Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 839.806.284-34,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MAXIMO ROBERTO Lima,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.478.304-02, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: RECUSOU-SE Renda RECUSOU-SE e apresento os documentos comprobatórios.

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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: RAFAEL ROSIAS</u>	Número:	<u>58</u>	Complemento:	<u>C4SA</u>
Bairro:	<u>MAIA</u>	Cidade:	<u>P. ISABEL</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:				CEP:	<u>58.755.000</u>

Local e Data: P. ISABEL - PB, 23-12-2019

Rómulo de Sousa Ferreira

Assinatura do Declarante



 <b>HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA</b> SUELI MOREIRA TORRES 21/08/2021 16:00:58		<b>CLÍNICA</b> <b>CIRURGICA</b>	
Data do Atendimento: 21/11/2019		Prontuario: 00045771	Registro: 00097165
Convênio: PARTICULAR			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: MAXIMO ROBERTO LIMA			
Data Nascimento: 21/02/1985	Idade: 34 Anos, 9 Meses	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO(A)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade:	Nacionalidade:
Filiação: Pai: ALBERTO COSTA DE LIMA	Mae: MARIA DO CARMO LIMA		
Endereço: SITIO ESCORREGADO			Nº
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: PRINCESA ISABEL	Estado: PB	Telefone: 83-99821892
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito [ ]	Acidente de Trabalho [ ]	Outros Acidentes [ ]	Agressão [ ].
Suicídio [ ]	Casual [ ]	Outros [ ]	
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
<b>ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS</b>			
<p style="text-align: center;">-TRAUMA NO PÉ - APÓS ACIDENTE MOTOCICLETA</p>			
Diagnóstico Inicial			
<p style="text-align: center;">FRAUMLA PÉ DO MÉDICO</p>			
S.A.D.T			
Diagnóstico Final			
<p style="text-align: center;">O MESMO</p>			
Data do Atendimento: 21/11/2019		Data do Atendimento: 21/11/2019	
Melhorada [ ]	Decisão Médica [ ]	Data do Internamento: 21/11/2019	
Inalterado [ ]	Alta a Pedido [ ]	Data da Alta: 22/11/2019	
Piorado [ ]	Transferência [ ]	Dr. Fábio Henrique Souza	
Óbito+48h [ ]	Evasão [ ]	CRM: 111111111111111	
Óbito-48h [ ]	Indisciplina [ ]	CPF: 000.000.000-00	
Óbito em _____	Hora: _____	Médico Responsável	

GDS - Genyus Desenvolvimento de Sistemas - 87-3831-3014

Cirurgia Realizada:		Nº do Procedimento:
Data:	Início:	Término:
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar: Anestesiata:

**DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA**

- ANESTESIA
- ACESSO
- SUTURA
- CURATIVO
- 02 FIO METÁLICO LISO

Dr. Ebenor A. Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
Assinatura do Cirurgião





**HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA**

## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME DO PACIENTE: MAXIMO ROBERTO LIMA

Registro: D0097165

Clinica CIRURGICA

Lotto 000001 LEITO 01

NOME DO PACIENTE: MAXIMO ROBERTO LIMA			Registro: 00097165
Clinica	CIRURGICA	Leito	000001 LEITO 01
DATA	HORA	EVOLUÇÃO MÉDICA	
23.11.19		PACIENTE INFERNO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.	  Dr. Fábio S. Silva Ortopedista Cirurgia CRM-SP 13.000-0112 CEM - Futuro 00097165-0112
		SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SOB EFEITO DE ANESTESIA LOCAL	  Dr. Fábio S. Silva Ortopedista Cirurgia CRM-SP 13.000-0112
22.11.19		ALTA MEDICA	  Dr. Fábio S. Silva Ortopedista Cirurgia CRM-SP 13.000-0112

GDS - Genius Desenvolvimento de Sistemas - 87-3831-3014



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/08/2021 16:00:58  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081616005798100000044795512>  
Número do documento: 21081616005798100000044795512

Num. 47166790 - Pág. 17

## RONALD BATISTA DOS SANTOS

---

**De:** RONALD BATISTA DOS SANTOS  
**Enviado em:** segunda-feira, 20 de abril de 2020 17:07  
**Para:** DPVAT@mapfre.com.br; cscdpvat@brasilseg.com.br; 'Aparecida Oliveira'; laraujo@bbmapfre.com.br; 'Eduardo Sabino Dos Santos Junior'  
**Assunto:** SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA  
**Anexos:** PROJETO MAPFRE.xlsx

Prezados, Boa tarde!

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independem de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

**“Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”**

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br), devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Atenciosamente,

### Ronald Santos

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

[ronald.santos@seguradoralider.com.br](mailto:ronald.santos@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4052



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)



Rua da Assembléia, 100 - 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.  
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)





CÓDIGO DE CONTROLE

12B2.2745.698B.C508



Emitido pela Secretaria da Receita Fede  
as 11:01:20 do dia 11/03/2019 (hora e d  
dígito verificador: 00)

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE I

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.965.789 - 2 <sup>a</sup> VIA
	DATA DE EXPEDIÇÃO 27/03/2019
NOME MAXIMO ROBERTO LIMA	
FILIAÇÃO ALBERTO COSTA DE LIMA MARIA DO CARMO LIMA	
NATURALIDADE PRINCESA ISABEL-PB	DATA DE NASCIMENTO 21/02/1985
DOC ORIGEM CERT. CAS. N°10517 - LIV.B.20 - FLS.162.V - CARTORIO PRINCESA ISABEL-PB CPF 095.478.304-22 John Penteado	
<i>John Penteado</i> Assinado por John Penteado Data: 28/08/2021	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/08/2021 16:00:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081616005798100000044795512>

Número do documento: 21081616005798100000044795512

Num. 47166790 - Pág. 20

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DETAN - PB**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA	COD. RENAVAM	PERÍODO	
1	01143328083-3	00/0000000 2019	
NOME MAXIMO ROBERTO LIMA			
CPF/CNPJ	PLACA		
09547830422	OFY6311/PB		
PLACA ANTO/UF	CHASSI		
0 NOVO PB	9C2KD0810JR012354		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLE/ N.º APLIC	ALCO/GASOL		
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/NXR160 BROS ESDD	2017	2018	
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2-P/162 /CI	PARTIC	VERMELHA	
I COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS	
P IPVA PAGO EM	00/00/0000	1 <sup>a</sup>	
V FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2 <sup>a</sup>	
A 0		3 <sup>a</sup>	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
+*****	SEGURO	01/04/2019	
OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
PRINCESA TRANSPORTES		DATA 15/04/2019	
41521		31054	

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, AS TRANSFERIDAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PB N° 014630685045 BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA
1	09547830422	2019	15/04
RENAVAM	PI	OFY63	
01143328083	MARCA / MODELO	HONDA/NXR160 BROS E	
ANO FAB.	DATA TIRF.	Nº CHASSI	
2017	9	9C2KD0810JR012354	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
PNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO:	
*****	*****	****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL CERTIF.	
*****	SEGURO	PAG	
PAGAMENTO		DATA DE	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELA DO	
		01/04/	

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.608/0001-04  
31054-1342470-20190415



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200110440 Cidade: Princesa Isabel Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA Data do acidente: 21/11/2019 Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO HÁLUX ESQUERO (BAM E PG 1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PG 2)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE HÁLUX 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE HÁLUX ESQUERDO.

sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PMR.  
POUQUÍSSIMA DOCUMENTAÇÃO

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	<b>R\$ 675,00</b>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/08/2021 16:00:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081616005798100000044795512>  
Número do documento: 21081616005798100000044795512

Num. 47166790 - Pág. 22

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200110440 Cidade: Princesa Isabel Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA Data do acidente: 21/11/2019 Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA HÁLUX E 2º DEDO PÉ ESQUERDO. P1. ANEXO 1.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P2. ANEXO 1.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE HÁLUX ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE DEDO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: & @ PAGINA 1. (PMR). PARECER FEITO CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ENVIADO.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/08/2021 16:00:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081616005798100000044795512>  
Número do documento: 21081616005798100000044795512

Num. 47166790 - Pág. 23

## RONALD BATISTA DOS SANTOS

---

**De:** RONALD BATISTA DOS SANTOS  
**Enviado em:** segunda-feira, 20 de abril de 2020 17:07  
**Para:** DPVAT@mapfre.com.br; cscdpvat@brasilseg.com.br; 'Aparecida Oliveira'; laraujo@bbmapfre.com.br; 'Eduardo Sabino Dos Santos Junior'  
**Assunto:** SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA  
**Anexos:** PROJETO MAPFRE.xlsx

Prezados, Boa tarde!

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independem de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

**“Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”**

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br), devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Atenciosamente,

### Ronald Santos

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

[ronald.santos@seguradoralider.com.br](mailto:ronald.santos@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4052



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)



Rua da Assembléia, 100 - 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.  
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: MAXIMO ROBERTO LIMA  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: CASADO  
Identidade: 2.965.789 - SSP-PB  
CPF: 095.478.304-22  
Profissão: AGRICULTOR  
Endereço: SITIO ESCORREGAIA, ZONA RURAL, P-ISAQUE  
CEP: 58.755-000  
Telefone: 83 999.324413

### OUTORGADO:

Nome: Romulo de Sousa Ferreira  
Nacionalidade: 1568258 - SSP - PB - BRASILEIRO  
Estado Civil: DIVORCIADO  
Identidade: 15.68258 - SSP - PB  
CPF: 839.306.284-34  
Profissão: COMERCIAL  
Endereço: RUA RAFAL ROSAS, N°, MAIA, P-ISAQUE - PB  
CEP: 58.755-000  
Telefone: 83. 999.32-44-13

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, Incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer a praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: MAXIMO Roberto LIMA

P. ISABEL - PB, 03-12-2019

Local e data

Máximo Roberto Lima

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS  
Emilia Erica Alves Freitas - Tabelionária Interna

Recuncho, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:  
MAXIMO ROBERTO LIMA

Em testada verdade, Princesa Isabel - PB, 03/12/2017 13:28:37  
Isabel Kaline Ferreira da Silva - Escrivente

[2019-007172]EMERG R\$ 9,91 FEEPM:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98

SELO DIGITAL: ADM92923-WFD

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Isabel Kaline Ferreira da Silva  
Escrivente

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087560/20

Número do Sinistro: 3200110440

Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA

Data do acidente: 21/11/2019

CPF: 095.478.304-22

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAXIMO ROBERTO LIMA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

### 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](http://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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/08/2021 16:00:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081616005798100000044795512>  
Número do documento: 21081616005798100000044795512

Num. 47166790 - Pág. 27



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PRINCESA ISABEL/PB**

Processo n.º 08023239020208150311

**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 **MAXIMO ROBERTO LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, 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\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais).

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,

PRINCESA ISABEL, 16 de agosto 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.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/08/2021 16:00:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081616005821800000044795514>  
Número do documento: 21081616005821800000044795514

Num. 47166792 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/08/2021 16:00:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081616005821800000044795514>  
Número do documento: 21081616005821800000044795514

Num. 47166792 - Pág. 2