



Número: **0800871-59.2021.8.20.5100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Assu**

Última distribuição : **31/03/2021**

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

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA (AUTOR)	KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data	Documento	Tipo
117427704	20/03/2024 08:39	Petição	Petição
117427722	20/03/2024 08:39	2803780_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL Anexo_02	Guias de Recolhimento/ Depósito/ Custas



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE ASSU/RN

Processo: 08008715920218205100

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 **ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.º, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à **INVALIDEZ PERMANENTE**.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório.

Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ASSU, 14 de março de 2024.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/03/2024 08:39:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=24032008394601700000110030747>
Número do documento: 24032008394601700000110030747

Num. 117427704 - Pág. 1
Pág. Total - 1

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
OAB/RN 11929

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/03/2024 08:39:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=24032008394601700000110030747>
Número do documento: 24032008394601700000110030747

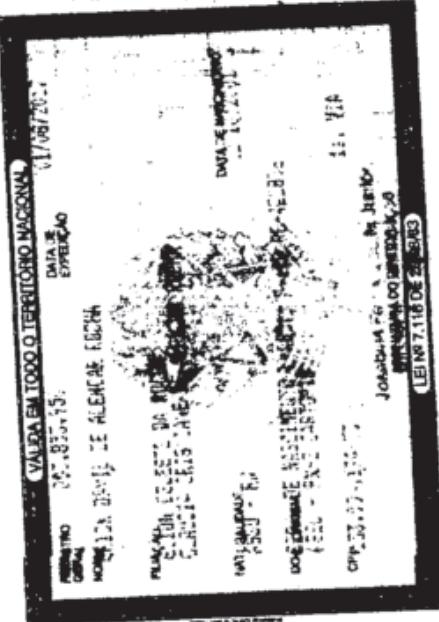
Num. 117427704 - Pág. 2
Pág. Total - 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/03/2024 08:39:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=24032008394601700000110030747>
Número do documento: 24032008394601700000110030747

Num. 117427704 - Pág. 3
Pág. Total - 3



g.9866 - 4403



Fam. Marcellin, Jr.		2020	Prefeitura Municipal do Rio Grande do Norte Wallace Stoessel Avelino Tavares Secretaria Municipal de Saúde Diretor Administrativo
	Estado do Rio Grande do Norte Prefeitura Municipal de Assú Secretaria Municipal de Saúde	Sistema Único de Saúde	
FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA		PRONTO SOCORRO MUNICIPAL	
DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:		12.10.01	Atendimento Nº: 63
Nome: Flávia Ribeiro de Oliveira		Idade: 15	Sexo: M
Cartão SUS: -		Nome da Mãe: Exequilia C. de L. Oliveira	
Endereço (Rua/Av.): Travessia das Oliveiras		Nº: 15	Complemento: -
Bairro: Laranjeiras		Cidade: Assú	Estado: RN
Clínica:		Data: 09-04-20	Hora: 19:30
Motivo da Procura:		Rubrica Servidor: CPm -	
Assinatura do Paciente:			
ACOLHIMENTO:	<input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Não Urgência <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito		
Acolhimento com classificação de risco:			
Quais:			
Antecedentes Alérgicos: None			
HAS: (N)		CM: (N)	Assinatura: _____
			Classificação: _____
ANAMNESE: <i>Facilita respirar quando em repouso, mas é difícil quando em movimento. Deformação nasal e com entorpecimento de nariz.</i>			
EXAME FÍSICO:	Peso: _____	Temperatura: _____	F.C.: _____ PA: 100x90
	SpO2: _____	HTG: _____	F.R.: _____ Glasgow: _____ 14/14/Hg
<i>(a) Induzido e desacelerado</i>			
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:			
<input type="checkbox"/> Laboratório: <input type="checkbox"/> Radiológico: <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Outros <i>None</i>			
Hipótese do Diagnóstico:		CID: 149	
Conduta: <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Laudo para AIH		Médico: (Carimbo e Assinatura)	
Saída: Data/Hora / / às : h. <input type="checkbox"/> Alta referido para UBS <input type="checkbox"/> Óbito			
<input checked="" type="checkbox"/> Outra unid. Urgência <input type="checkbox"/> Especialidade <input type="checkbox"/> Internação no Hospital: <i>Hospital - pronto-socorro - 19:42</i>		<i>Dr. Livia Karina</i> <i>Dr. Livia Karina - P/ HKT 111</i>	



PRONTOCLINICA DR. PAULO GURGEL
MONTE SINAI, CAPIM MACIO, Natal - RN
CEP: 59078-360. Fone: (84) 4008-5000



REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 523752 DATA: 26/04/2020
TIPO DE INTERNAMENTO: _____ HORA: _____
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: 1 ANDAR 210A CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 201259446450003 VALIDADE: _____
Criado por Rafaella Medeiros Silva em 26/04/2020 18:57

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: ERICK DAVID ALENCAR ROCHA SEXO: Masculino
DATA DE NASCIMENTO: 12/10/2001 RG: 003853950 CPF: _____
FILIAÇÃO MÃE: CLAUDIA CRISTIANE DE ALENCAR ROCHA
FILIAÇÃO PAI: ELION CELESTE DA ROCHA
ENDEREÇO: EDUARDO CORCINO N° 143
BAIRRO: DOM ELIZEU CIDADE: Açu
ESTADO: RN CEP: 59650-000
FONE: (84) 99418-2383 FONE: (84) 99866-4403

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: MÉDICA ADMINISTRATIVA A PEDIDO EVASÃO OBITO
DATA: _____ HORA: _____ ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR: _____

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 20/04/2020

Erick Gurgel

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



28/09/2020

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 721 0167 - Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
CLAUDIA CRISTIANE DE ALENCAR ROCHA
CPF: 008.707.924-07
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA EDUARDO CORCINO 105
DOM ELIZEU/AREA URBANA 58650-000 ASSU RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
25/09/2020	18/09/2020	000852077832
TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
126,27	18/09/2020	3000716113
CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	
RESERVADO AO FISCO	5977.58A0-AA4D.9E18.C247.7210.792A.D6C5	

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	APÓS 05/05/2020, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.		
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	167,00	0,38562953	61,06	Vencido	Dt Raav	Valor
Consumo Ativo(kWh)-TE	167,00	0,31795840	53,09	25/08/20	18/09/2020	162,41
Contrib. Itum. Pública Municipal			12,12			
TOTAL DA FATURA			126,27			
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS						
ICMS		PIS		HISTÓRICO DO CONSUMO		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	kWh
114,15	18,00	20,54	114,15	1,10	1,25	SET 20
			114,15	5,05	5,76	AGO 20
						JUL 20
						JUN 20
						MAI 20
						ABR 20
						MAR 20
						FEV 20
						JAN 20
						DEZ 19
						NOV 19
						OUT 19
						SET 19
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO						
Geração de Energia		R\$ %				
Transmissão						
Distribuição (Cosern)						
Encargos Sistólicos						
Tributos						
Pontos de Energia						
TOTAL			114,15			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL						
NÚMERO DO MEDIADOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE
0960000002120846833	CAT	10/08/2020 13.823,00	18/08/2020 13.890,00	30	1,00000	0,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/09/2020						
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES						
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	
DIC-No. de horas sem Energia	AÇU	0,00	5,31	10,62	21,25	
FIC-No. de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95	
DNIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,03	6,00	12,00	
DICRI-Duração de Interrupção em dia útil					Límite DICRE: 12,32	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 46,31						
Todo Consumidor pode solicitar a operação dos indicadores DIC, FIC, DNIC e DICRI a qualquer tempo.						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES						
Pague no ponto mais perto de você! farmácia: rua dr. luis carlos, centro / r / sat: av doutor luis carlos, 106, dom elizeuLista completa em www.cosern.com.br ."						
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.						
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br .						
O cliente não compensa quando há violação no fornecimento individual ou de nível de serviço ou tomacimento.						
Porém, em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prédio, mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para o prédio de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.						
Acesse www.cosern.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.						

DESTAQUE AQUI			
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

838000000017 262700384009 852077832209 014307179737



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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 ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Enrick David de Alencar Rocha
133.004.174-73

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

5 - Nome completo:

Enrick David de Alencar Rocha

6 - CPF:

133.004.174-73

7 - Profissão:

desempregado

8 - Endereço:

Rua Eduardo Corrêa

9 - Número:

105

11 - Bairro:

Dom Elizeu

12 - Cidade:

Assu

13 - Estado:

RN

15 - E-mail:

84-99418-2383

14 - CEP:

59.650.000

DADOS CADASTRAIS

16 - Tel.(DDD):

84-99418-2383

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:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

Solicito 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do Óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Anosse, 28 de Setembro de 2020
Enrick David de Alencar Rocha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Faz-se constar

Assinatura do Representante Legal (se houver)

**Documentação
recebida na agência
dos Correios sem o
Boletim de
Ocorrência.**

Favor pendenciar.





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 ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Enrick David de Alencar Rocha
133.004.174-73

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

5 - Nome completo:

Enrick David de Alencar Rocha

6 - CPF:

133.004.174-73

7 - Profissão:

desempregado

8 - Endereço:

Rua Eduardo Corrêa

9 - Número:

105

11 - Bairro:

Dom Elizeu

12 - Cidade:

Assu

13 - Estado:

RN

15 - E-mail:

84-99418-2383

14 - CEP:

59.650.000

DADOS CADASTRAIS

16 - Tel.(DDD):

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:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

Solicito 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do Óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NAO ALFABETIZADO

34
Impressão
digital da
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Anos, 28 de Setembro de 2020
Enrick David de Alencar Rocha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Foto: 20200839460920000110032115

TESTEMUNHAS



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200433141

Vítima: ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA

Data do Acidente: 22/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente notificado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendingentes.seguradoralider.com.br>

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. 01479/01480 - carta_03 - INVALIDEZ



00030740

Carta nº 163371808



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/03/2024 08:39:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=24032008394609200000110032115>
Número do documento: 24032008394609200000110032115

Num. 117427722 - Pág. 9
Pág. Total - 12

Para:

Seguradora Lider S/A
Trvn da Assembleia, 400 46º Andar
Centro - Ed. Darch
Rio de Janeiro - RJ
Cep: 20.011.904



Alf



Eduardo David de Alencar Troncha
vivira de saí, q86 aeroporto
Rua Antônio
Machado - RN
00000: 59 607 - 100



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344453/20

Vítima: ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA

CPF: 133.004.174-73

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/04/2020

Titular do CPF: ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA : 133.004.174-73

- 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: 01/12/2020
Nome: ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA
CPF: 133.004.174-73

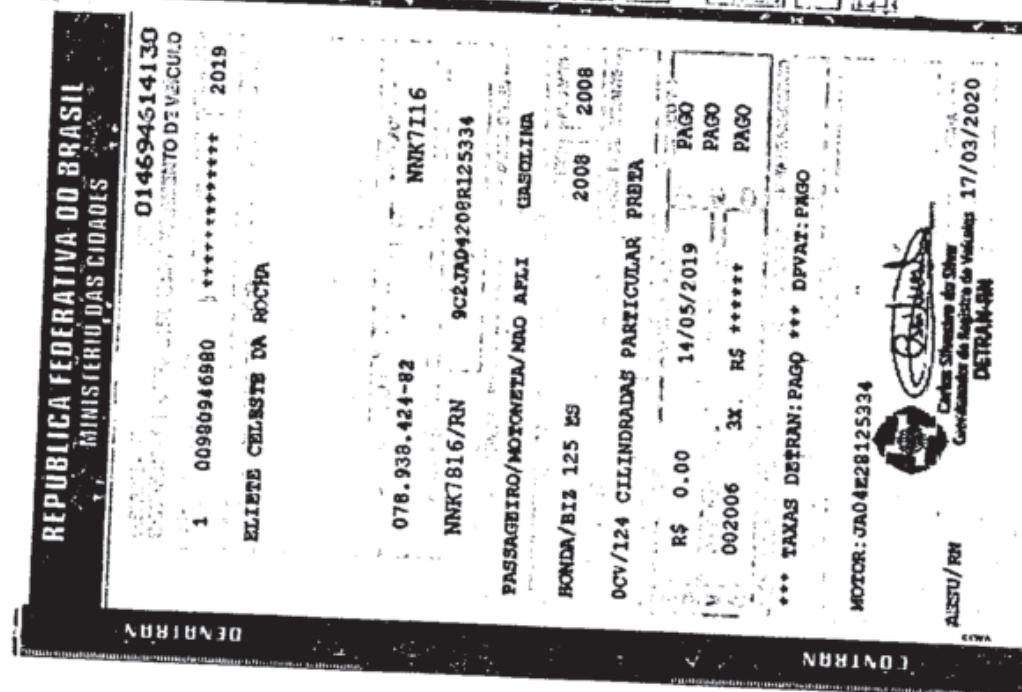
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/12/2020
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA

Patricia Aleixo Silva





Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/03/2024 08:39:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2403200839460920000110032115>
Número do documento: 2403200839460920000110032115

Num. 117427722 - Pág. 13
Pág. Total - 16