



Número: **0029583-32.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/05/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Indenização por Dano Material**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALBERES CARLOS DA SILVA (AUTOR)		TIAGO SAMPAIO DOURADO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56451614	14/01/2020 17:43	<a href="#">2623905_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</a>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00295833220198172001

**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 **ALBERES CARLOS DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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.

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, **não há elementos capazes de comprovar que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito** tendo em vista que a parte autora não apresenta boletim de ocorrência e que os documentos médicos não são conclusivos, deixando de demonstrar qualquer acompanhamento ou tratamento que corrobore com a invalidez permanente alegada.

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.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, conforme consta da perícia judicial, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

Cabe também salientar que, solicitada a indenização do seguro administrativamente e, após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização e de realizada perícia técnica, averiguou-se que o mesmo não possuía sequelas decorrentes do acidente alegado.

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



Desta forma, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora desde o ano de 2018, época do acidente, serviram para agravar as lesões decorrentes do acidente alegado.

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.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar pagamento indenizatório, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 9 de janeiro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**

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





Número: **0029583-32.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/05/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Indenização por Dano Material**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALBERES CARLOS DA SILVA (AUTOR)		TIAGO SAMPAIO DOURADO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56451617	14/01/2020 17:43	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

### FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1011013/2018.

NOME: ALBERES CARLOS DA SILVA.

Foi atendido às 21h37 do dia 12.08.2018.

Diagnóstico provável: TCE

Rotina de cuidados E

(colocar no b-carro).

Tratamento realizado: Clavado + fixação com arame de aço

TAC cervical, TAC de crânio, TAC abdome, TAC tórax, TAC pelve, TAC membros superiores e inferiores.

Obs. alta em 31/08/18

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 23/10/18.

SES - Hospital da Restauração  
Dr. Carlos Paiva  
Médico do SAME  
CRM: 2246

**Atenção:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.  
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones: 31815451/31815572

ARUANA SEGUROADORA  
08 NOV 2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: ALBERES CARLOS DA SILVA	PRONTUÁRIO: 8715	ATENDIMENTO: 01011275
DATA DE NASCIMENTO: 07/10/1979	FOI ATENDIDO EM: 12/08/2018 Às	
	DATA DA ALTA: 31/08/2018 ÀS 09:10	

**Diagnóstico Provável:**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM FRATURA DE ACETABULO E cid s.72

**Tratamento Realizado:**

realizado tratamento conservador

**Observação:**

afastamento suas atividades durante 60(sessenta) dias  
prescreve analgesia + pregabalina  
30 dias de cadeira de rodas+ 30 dias de andaja+ 30 dias muletas

**Encaminhado para:**

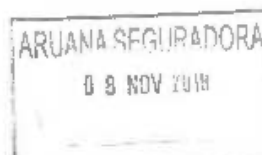
retornar ao ambulatorio Dr Francisco de Assis em 3 semanas

SANDRO ALEX PEREIRA ROLIM DE ARAUJO - CRM: Nº. 26524

Recife, 31, AGOSTO ,2018

**ATENÇÃO:**

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400





**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**  
**Central de Agendamento Ambulatorial**  
**COMPROVANTE DE AGENDAMENTO**



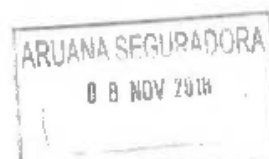
**Informações do Atendimento**

Consulta.....: 17/09/2018 7:00 Hr  
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
Médico.....: 360 - FRANCISCO DE ASSIS BEZERRA FILHO  
Agenda.....: 41992

**Informações do Paciente**

Paciente.....: 8715 Same.....:  
Nome.....: ALBERES CARLOS DA SILVA  
Sexo.....: MASCULIN  
Fone.....: Residencial: (81) - 31815453 / Celular: () - Nasc.....: 07/10/1979  
Endereço.....: ALTO JOSE BONIFACIO, 0 - CASA AMARELA - RECIFE - PE - Cep: 52140290  
Cidade.....: RECIFE

Agendado por: DIEGONR





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### Recetário Controle Especial

Identificação do emissor			
NOME COMPLETO:		CRM:	
PLETO:		26524	
SANDRO ALEX PEREIRA ROLIM DE ARAUJO			
UF	NÚMERO:	Endereço:	
PE	S/N	AV. AGAMENON MAGALHÃES	
BAIRRO:	FONE:	CIDADE:	UF:
DERBY	3181-5400	RECIFE	PE

Paciente:

ALBERES CARLOS DA SILVA

Endereço paciente:

ALTO JOSE BONIFACIO

Prescrição:

pregabalina 75mg  
tomar 1 cp vo 12/12 horas durante 30 dias

flancox 500mg  
tomar 1 cp vo 12/12 horas durante 5 dias

Xarelto 10mg  
tomar 1 cp, 1 x dia, por 30 dias

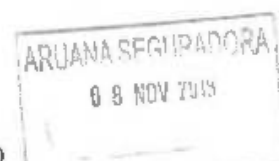
Data: 31/08/2018

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador	
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do Farmacêutico	
Data:	

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400







Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
EXAMES COMPLEMENTARES

Nome: <i>Alberes Carlos da Silva</i>		Idade:
Registro: <i>8646126</i>	Box/Leito/Enfermaria:	Clinica/Setor:
Exames Solicitados: <i>- 2011/10/01 de fisioterapia</i>		
Dados Clínicos: <i>luxação do quadril à 2</i>		
Data: <i>17/09/11</i>	Hora:	Ass. Carimbo/Requisitante: <i>Alberes Carlos da Silva</i> <i>Ortopedia - Traumatologia</i> <i>CRM: 3571</i>

Produzido no Gráfico Hospitalar Alto Nível

COD. 0127

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: **ALBERES CARLOS DA SILVA**

CPF: **0043690-28**

DATA NASCIMENTO: **07/10/1979**

RELACÃO:

**JOSE CARLOS DA SILVA**

**MARIA DE LOURDES DA SILVA**

PERMISSÃO: **RECIFE - PE**

VALIDADE: **07/03/2011**

EXPIRAÇÃO: **15/05/2001**

INFORMAÇÕES:

**Exercício Ativ Remunerada**

*Alberes Carlos da Silva*

LOCAL: **RECIFE - PE**

DATA EMISSÃO: **26/06/2014**

**54820005319**

**PE071708103**

**DETRAN - PE - PERNAMBUCO**

ARUANA SEGURODORA  
09 NOV 2014

5.043.690

17/09/2011

<< ALBERES CARLOS DA SILVA >>

<< JOSÉ CARLOS DA SILVA >>

<< MARIA DE LOURDES DA SILVA >>

RECIFE - PE

07/10/1979

<< CC.24413-L.41/B-F.170V-CART SEDE OLINDA-PE, 13.03.1993 >>

020.427.694-28

ASSINATURA DO DETRAN

15/07/11 DE 2001





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
EXAMES COMPLEMENTARES



Nome: <i>Alberes Carlos da Silva</i>		Idade:
Registro: <i>804616</i>	Box/Leito/Enfermaria:	Clinica/Setor:
Exames Solicitados: <i>- 2 exames de urina</i>		
Dados Clínicos: <i>luxação do quadril</i>		
Data: <i>12/09/18</i>	Hora:	Ass. Carimbo/Requisitante: <i>Ass. de adm. B. F. Costa / Transmissão CRM: 8372</i>

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

QOD. 0127

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

NOME: **ALBERES CARLOS DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE/OUT. IDENTIF.:  
5043690-28 PE

CPF: **920.427.694-28** 07/10/1979

FUNÇÃO:  
**JOSÉ CARLOS DA SILVA**

MARIA DE LOURDES DA SILVA

PROFISSIONAL: **ALBERES CARLOS DA SILVA**

ASSISTENTE: **ALBERES CARLOS DA SILVA**

RECEITA: **5043690-28**

VALIDADEZ: **25/05/2002**

EXERCÍCIO ATIV. REGISTRADA

*Alberes Carlos da Silva*

LOCAL: **RECIFE - PE**

DATA: **20/04/2018**

*Alberes Carlos da Silva*

5043690-28  
5043690-28

**BETRAM PERNAMBUCO**



ARUANA SEGURADORA  
08 NOV 2018

5.043.690 17/09/2011

<< ALBERES CARLOS DA SILVA >>

<< JOSÉ CARLOS DA SILVA >>

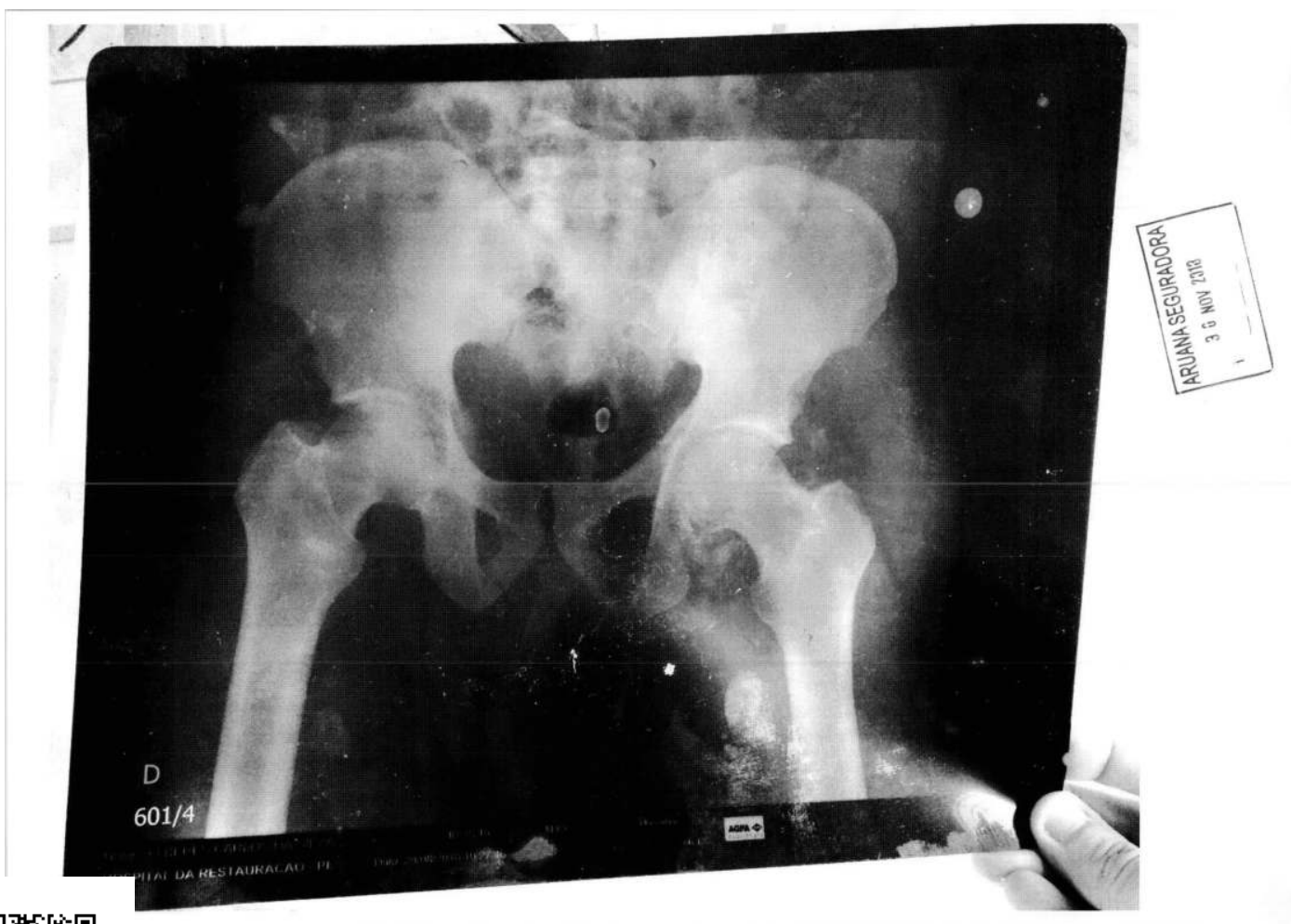
<< MARIA DE LOURDES DA SILVA >>

RECIFE - PE 07/10/1979

<< CC.24413-L.41/B-F.170V-CART,SEDE OLINDA-PE,15.03.1995 >>

920.427.694-28





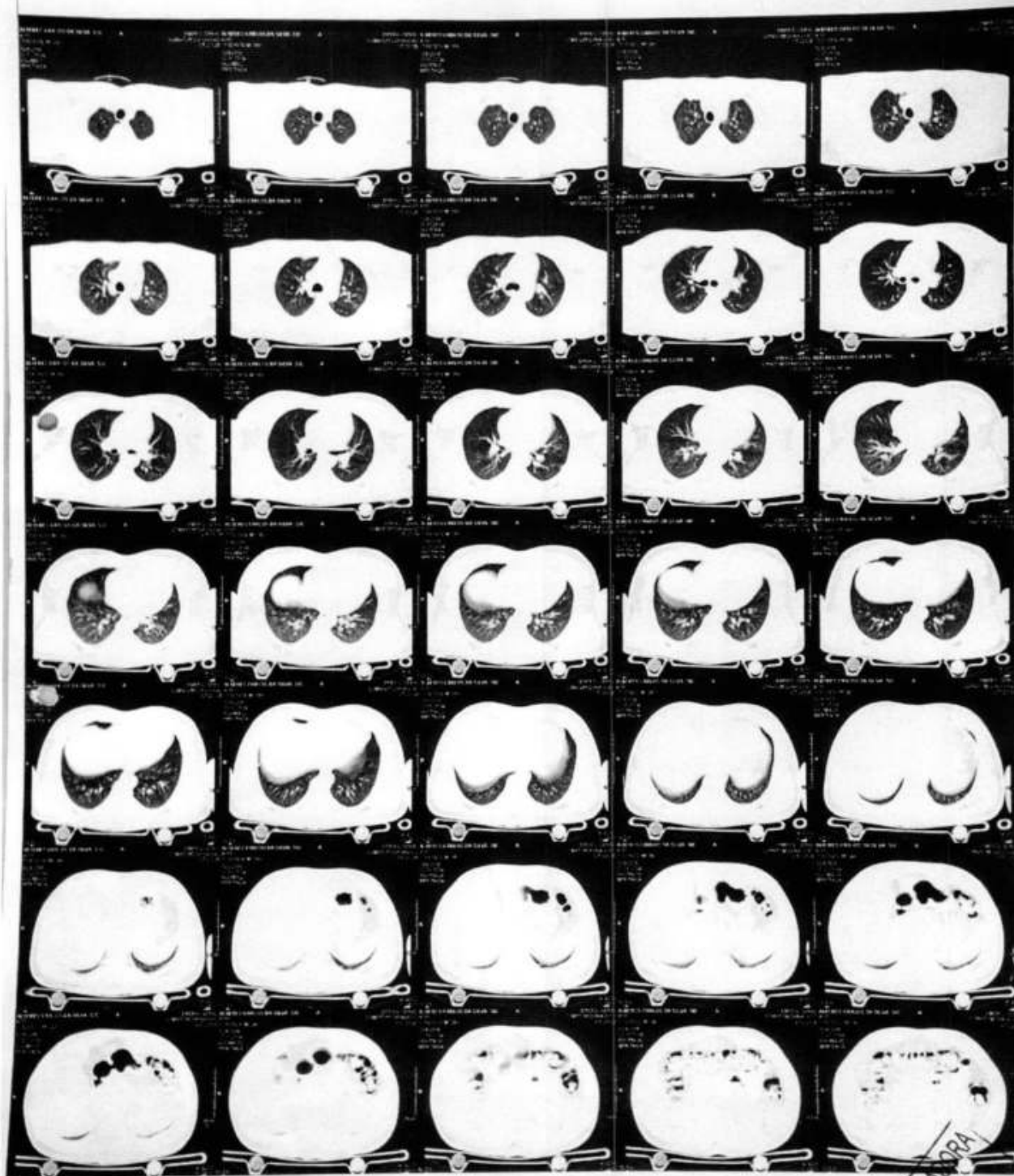


Nome: ALBERES CARLOS DE SILVA  
HOSPITAL DA RESTAURACAO - PE

ARUANA SEGURODORA  
30 NOV 2018

Scanned by CamScanner





Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

ARQUIVA SEGURA  
30 NOV 2018

Scanned by CamScanner





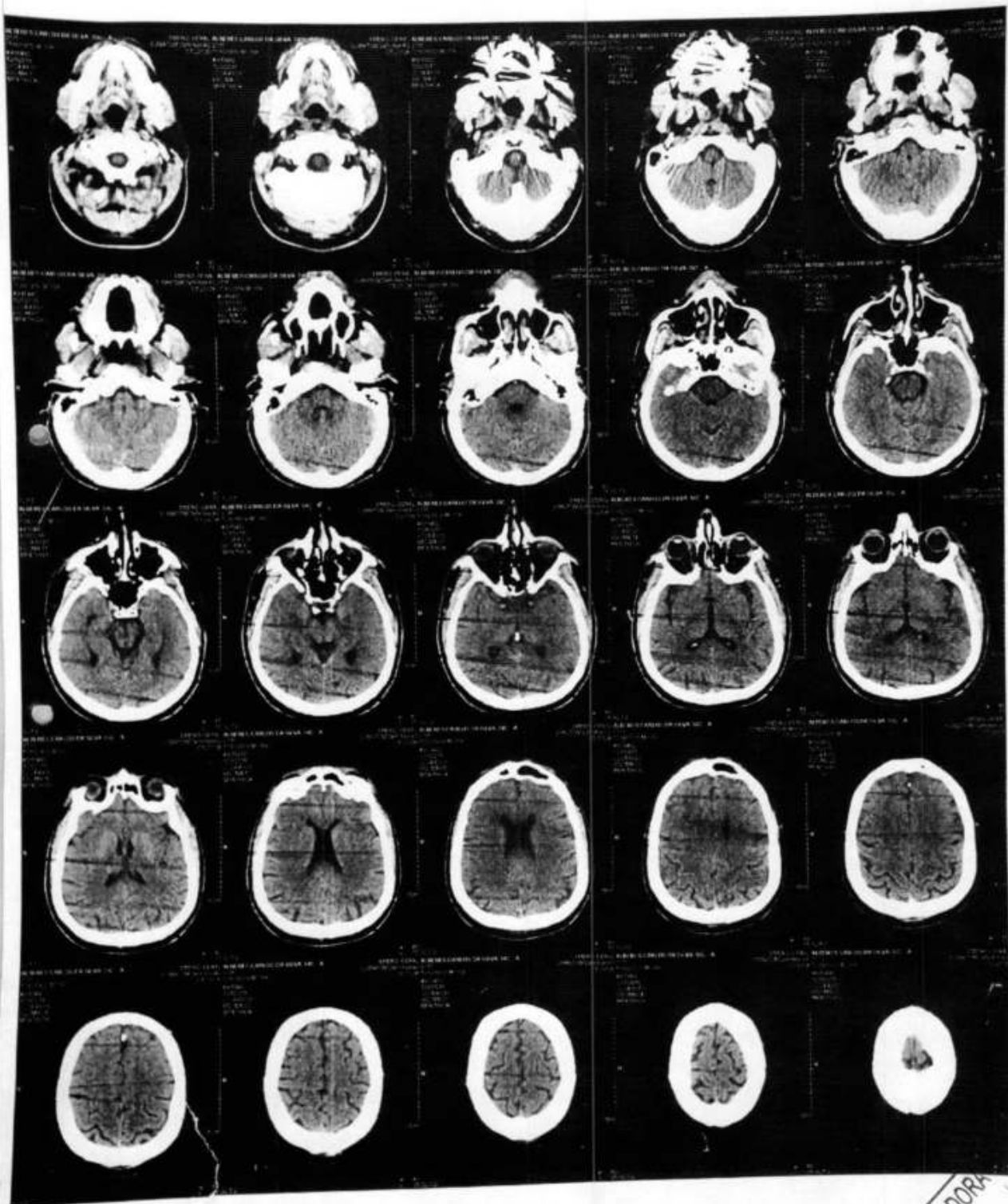


ARUANA SEGURODORA

3 6 NOV 2013

Scanned by CamScanner



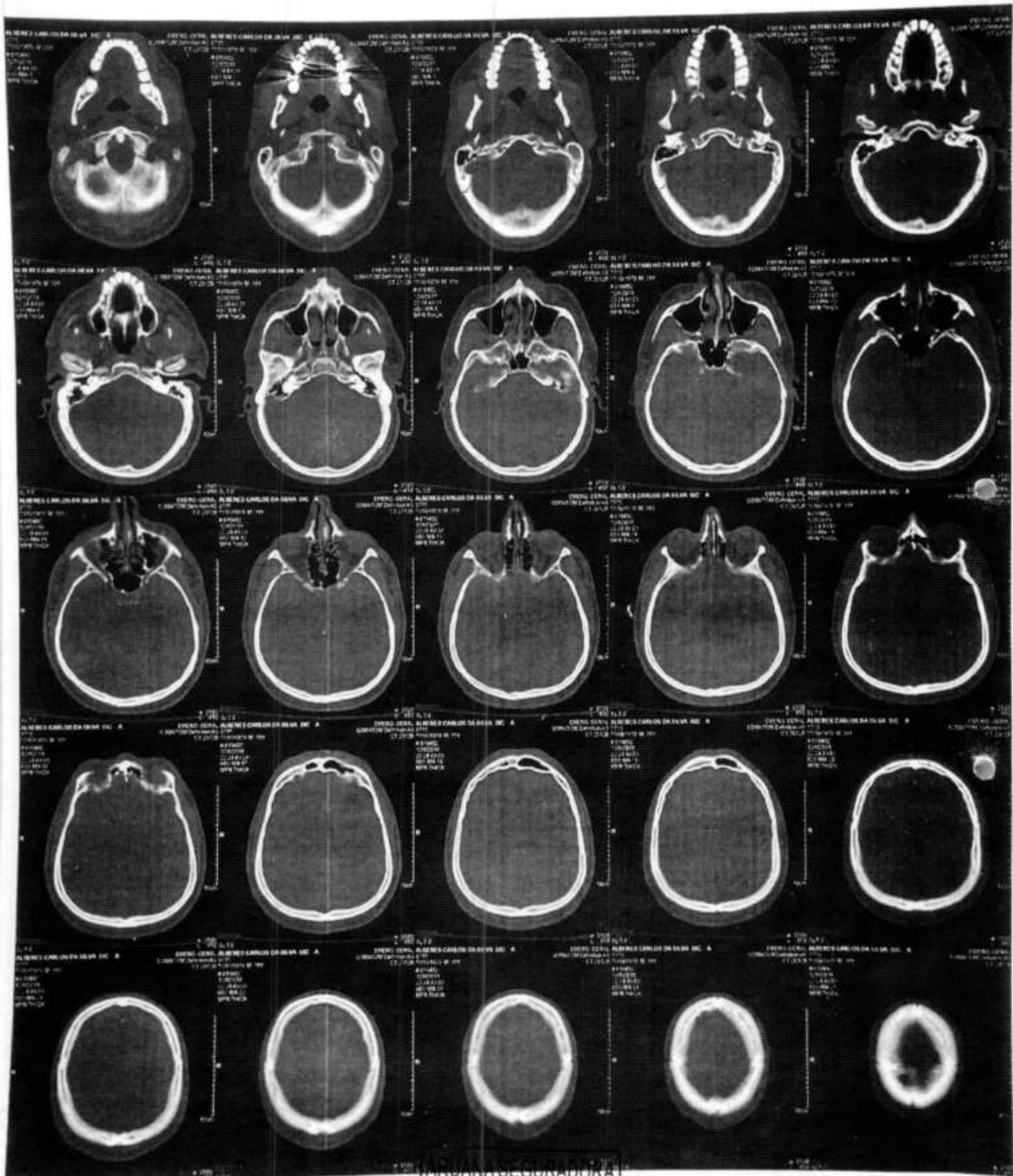


n Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

ARIANA SEGURADORA  
30 NOV 2018

Scanned by CamScanner



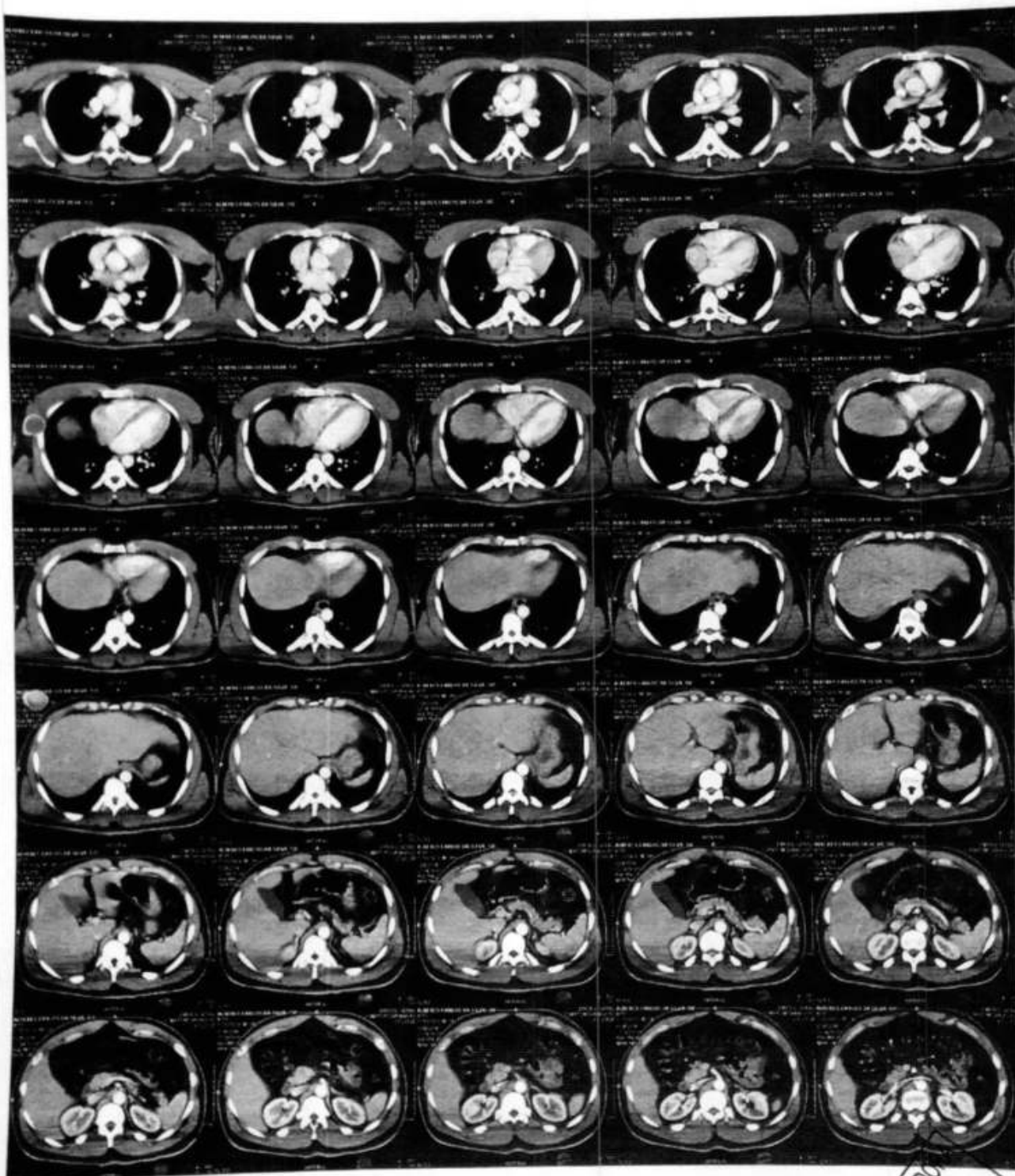


30 NOV 2018

Scanned by CamScanner







Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

ARQUIVO SEGURADO  
30 NOV 2020

Scanned by CamScanner

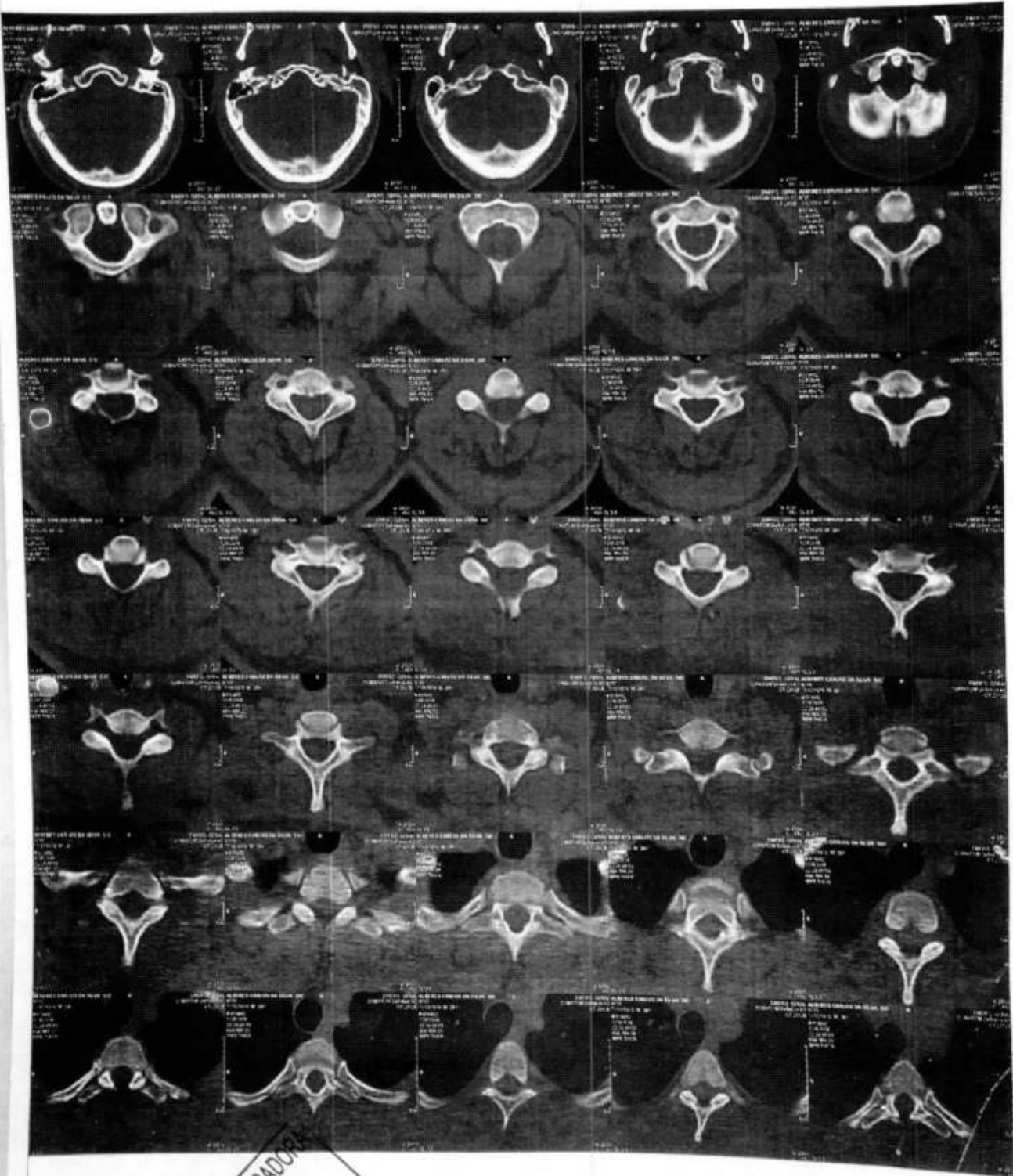




ARUANA SEGURODORA  
3 6 NOV 2318  
1

Scanned by CamScanner



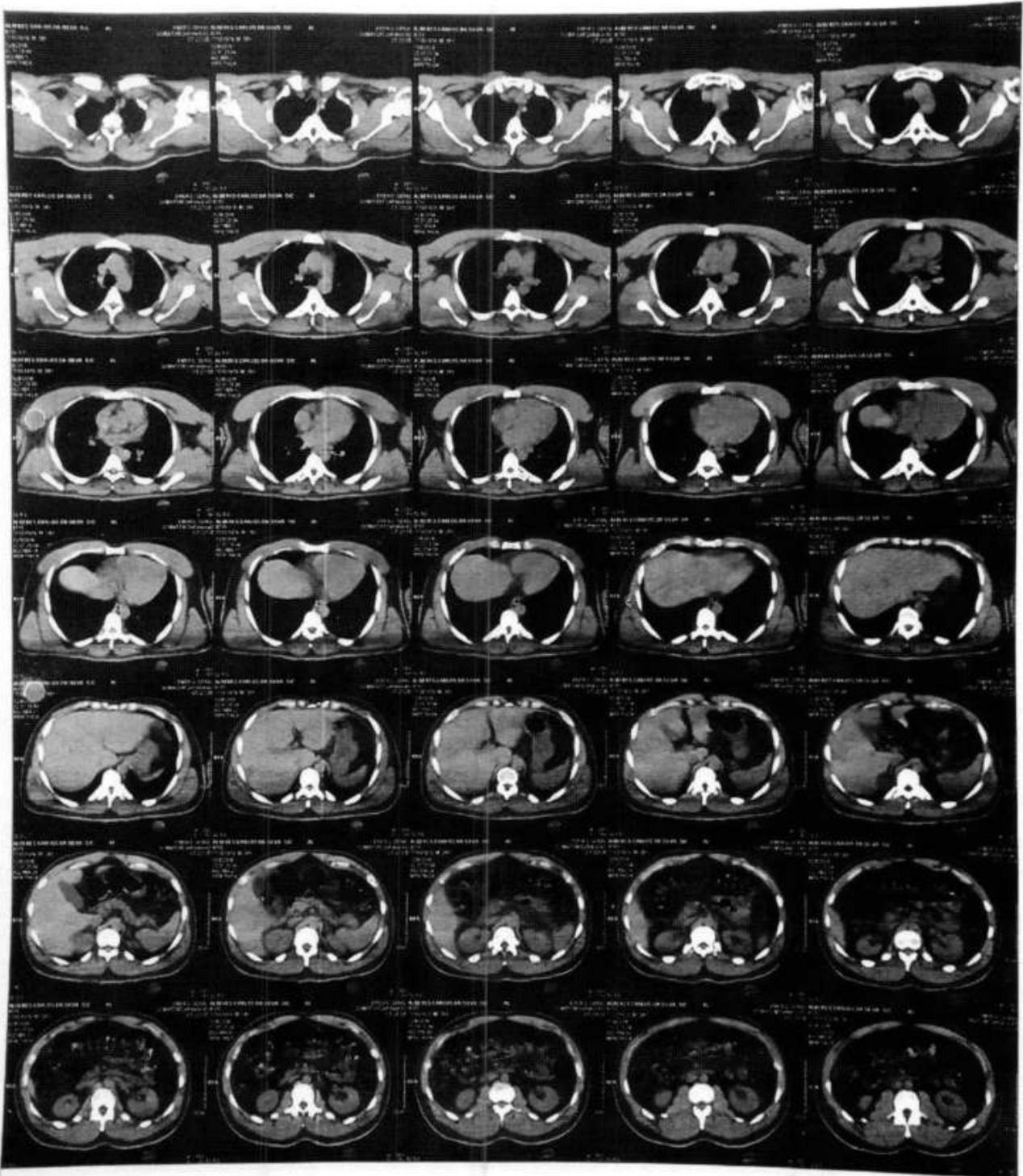


Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

ARQUIVA SEGURADORA  
30 de Jan 2018

Scanned by CamScanner





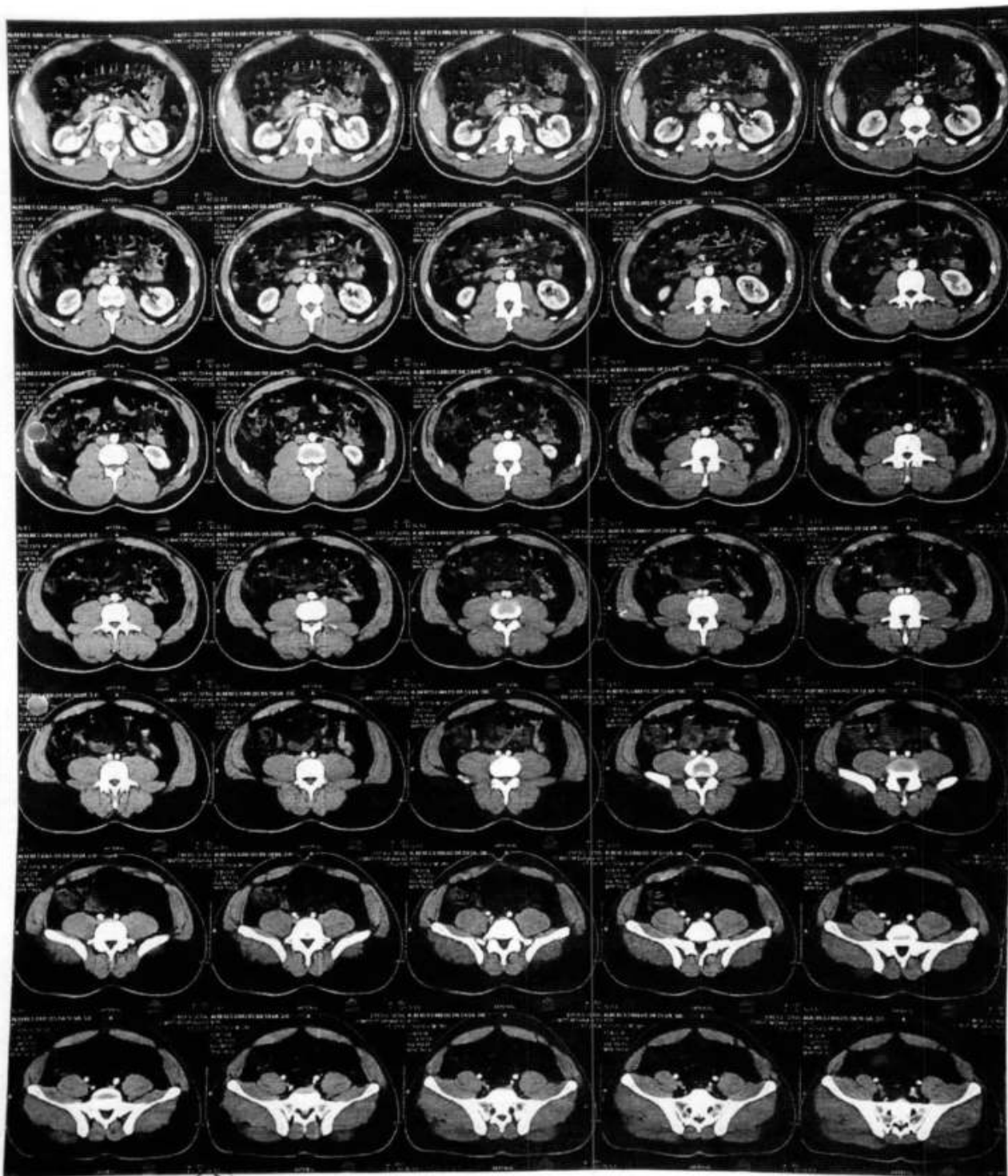
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400



Scanned by CamScanner





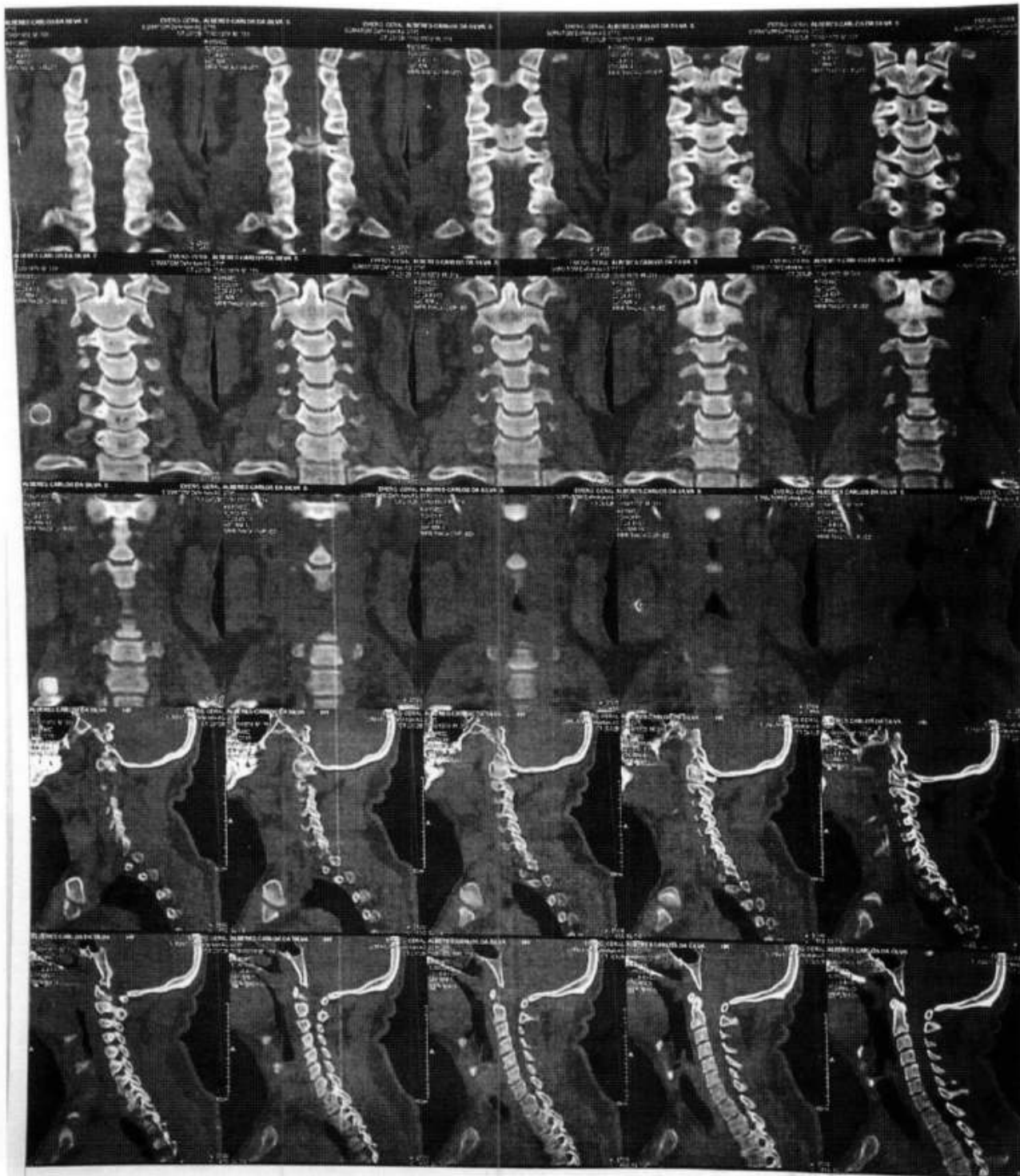


Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

ARQUIVADA  
30 NOV 2018

Scanned by CamScanner





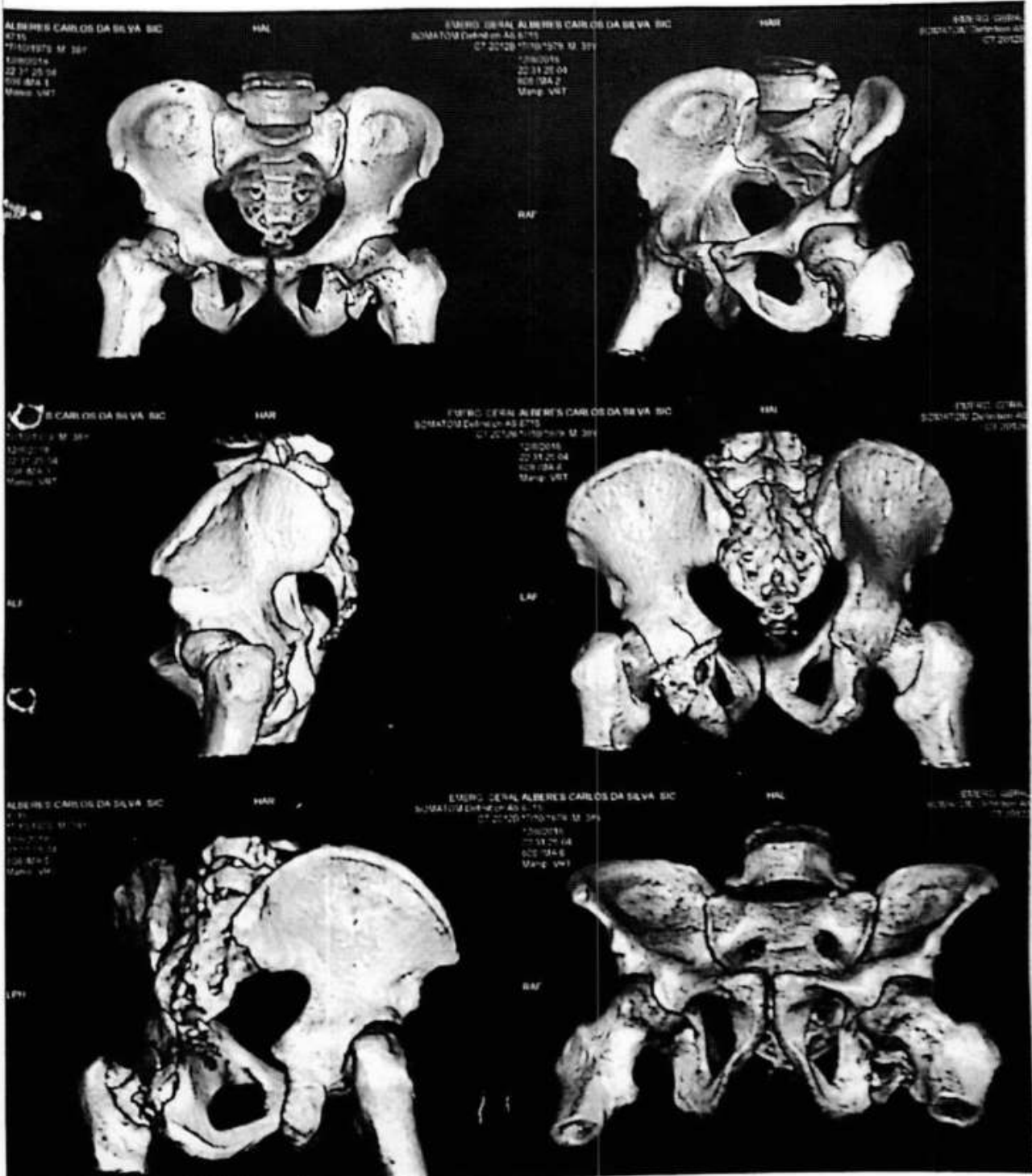
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

ARUANA SEGRADORA

9 0 NOV 2018

Scanned by CamScanner

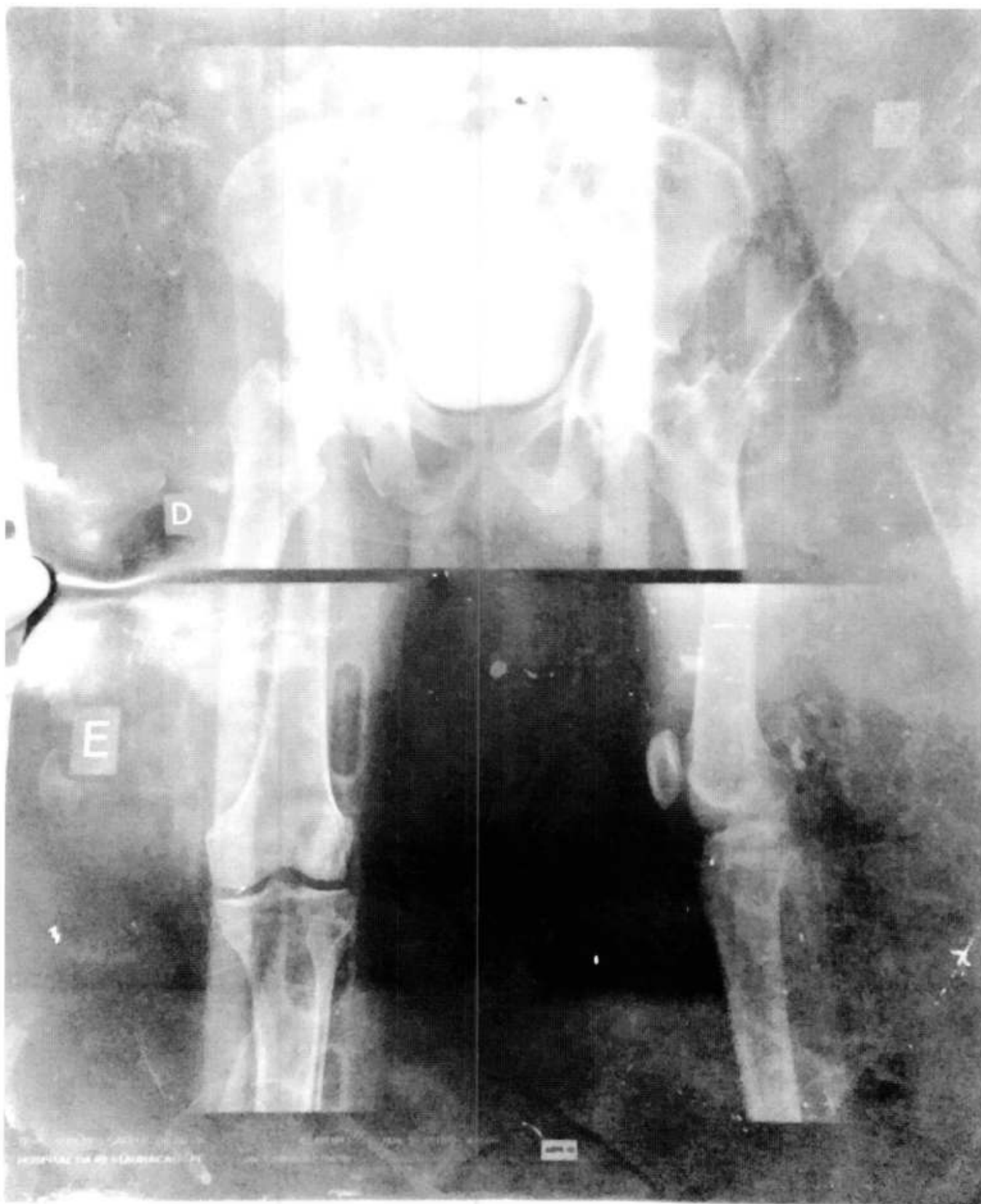




Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

Scanned by CamScanner





ARUANA SEGURADORA  
30 NOV 2018  
1

Scanned by CamScanner





**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA**  
**DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO**  
**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA**

**ALBERES CARLOS DA SILVA**

**1224122442**

**RECIFE - PE**

**07/10/1979**

**CC. 24413-L. 41/B-F. 170V-CART. SEDE**

**OLINDA-PE, 13.03.1998**

**020.427.694-28**

**ASSINATURA DO DIRETOR**  
**LEI Nº 7.116 DE 29/08/83**

**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA**  
**DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO**  
**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA**

**ALBERES CARLOS DA SILVA**

**1224122442**

**RECIFE - PE**

**07/10/1979**

**CC. 24413-L. 41/B-F. 170V-CART. SEDE**

**OLINDA-PE, 13.03.1998**

**020.427.694-28**

**ASSINATURA DO DIRETOR**  
**LEI Nº 7.116 DE 29/08/83**

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

**5.043.690**

**17/09/2011**

**<< ALBERES CARLOS DA SILVA >>**

**<< JOSÉ CARLOS DA SILVA >>**

**<< MARIA DE LOURDES DA SILVA >>**

**RECIFE - PE**

**07/10/1979**

**<< CC. 24413-L. 41/B-F. 170V-CART. SEDE**

**OLINDA-PE, 13.03.1998 >>**

**020.427.694-28**

**ASSINATURA DO DIRETOR**  
**LEI Nº 7.116 DE 29/08/83**

**RUANA SEGURODORA**  
**08 NOV 2018**



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14869167

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 8.966/94)



ASSINATURA DO DETENTOR

AB

OBSERVAÇÕES

ART. 36, INC. I, L. 8966/94



**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME  
BERNARDINO SILVA PEREIRA

SOLICITÃO  
47623

DECLARAÇÃO  
LUIZ ZEFERINO PEREIRA  
MARIA AMELIA DA SILVA PEREIRA

NATURALIDADE  
NOVO LINO-AL

DATA DE NASCIMENTO  
16/05/1980

RG  
5308192 - SDS/PE

CPS  
028.470.464-45

DOADOR DE ÓRGÃO E TECIDÃO  
NÃO

VIA  
01 28/05/2018

EXPEDIDO EM

RONNE PREUSS QUARTE  
PRESIDENTE

ARUANA SEGURADORA  
08 NOV 2018



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALBERES CARLOS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180527788**

Vítima: **ALBERES CARLOS DA SILVA**

Data do Acidente: **12/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **BERNARDINO SILVA PEREIRA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180527788**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13571658

Pag. 01711/01712 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180527788

Vítima: ALBERES CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 12/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BERNARDINO SILVA PEREIRA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALBERES CARLOS DA SILVA**

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

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou 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 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.

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. 00121/00122 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13581440



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALBERES CARLOS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180527788**  
Vítima: **ALBERES CARLOS DA SILVA**  
Data do Acidente: **12/08/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **BERNARDINO SILVA PEREIRA**

Assunto: **NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180527788**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **12/08/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00853/00854 - carta\_04 - INVALIDEZ

00050427



Carta nº 13680422



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180527788 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALBERES CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 12/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 04/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO  
FRATURA EM ACETÁBULO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	020.427.694-28	ALBERES CARLOS DA SILVA

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

Nome completo: ALBERES CARLOS DA SILVA

Profissão: DESEMPREGADO(a): VARZEA DO GILÓ

Endereço: 323 CASA

Bairro: PASSARINHO Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 52165400

E-mail: ALBERES6@HOTMAIL.COM

Tel. (DDD): 81-988276919

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA

AGÊNCIA:  CONTA:

(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/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.

## 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ho Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data, RECIFE, 8.11.2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

08 NOV 2018

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 VD01/2018