



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
56451 614	14/01/2020 17:43	<u>2623905_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4^a 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:43:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417433150600000055534448>
Número do documento: 20011417433150600000055534448

Num. 56451614 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:43:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417433150600000055534448>
Número do documento: 20011417433150600000055534448

Num. 56451614 - Pág. 2



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
56451 617	14/01/2020 17:43	<u>ANEXO 1</u>	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: T.C.

flacidez de membros e
(colicino tisb - cans).

Tratamento realizado: Cloridrato + flx cromoglicico em
tabletes.

TAC cervical tipo em cérebro, TAC abdome,
abdomen, Rx de tórax, Rx de tórax A, Rx toracal e
exames estomatol.

Obs. alto humor - 21/08/18

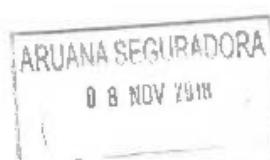
As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 23/10/18.

SES - Hospital da Restauração
Dr. Carlos Paiva
Médico do SAME
CRM: 6046

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





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
prescrevo analgesia + pregabalina
30 dias de cadeira de rodas+ 30 dias de andaja+ 30 dias muletas

Encaminhado para:

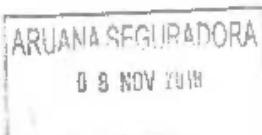
retornar ao ambulatório Dr Francisco de Assis em 3 semanas

SANDRO ALEX PEREIRA RÓLIM DE ARAÚJO - CRM: Nº 26524

Recife, 31, AGOSTO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se à 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

ARUANA SEGURADORA
08 NOV 2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Recetário Controle Especial

Identificação do emitente

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

Paciente:
ALBERES CARLOS DA SILVA

Endereço paciente:
ALTO JOSE BONIFACIO

Prescrição:
pregabatina 75mg
tomar 1 cp vo 12/12 horas durante 30 dias

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

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

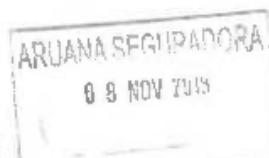
Data: 31/08/2018

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





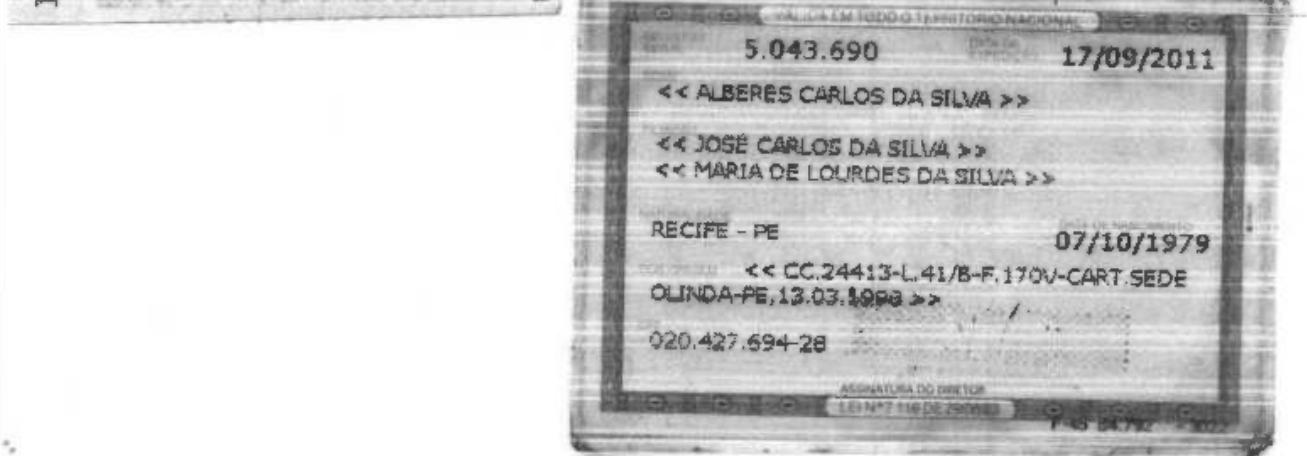
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
EXAMES COMPLEMENTARES



Nome: ALBERES CARLOS DA SILVA -		Idade:
Registro: 861616	Box/Leito/Enfermaria:	Clinica/Setor:
Exames Solicitados: - Densitometria óssea		
Dados Clínicos: Luxação do quadril RQ		
Data: 17/09/18	Hora:	Ass. Carimbo/Requisitante: Orlando Henrique Góes

Produzido no Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0127

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRABALHO CARGO NACIONAL DE HABILITACAO		
ALBERES CARLOS DA SILVA NÚL. IDENTIF. CEG. SUS/SC 15 56451617 007 08 CNP: DATA NASCIMENTO: 020.427.694-28 07/10/1979 RUA/LO: JOSE CARLOS DA SILVA MARIA DE LOURDES DA SILVA PERÍODO: 000 000 000 000 000 000 INSCRIÇÃO: 02338138372 VULGAR: 07/03/2021 EXPIRAÇÃO: 15/05/2003		
INSCRIÇÃO: Alberes Carlos da Silva LOCAL: RECIFE - PE DATA: 06/06/2014 RECIFE - PE 56820063319 PE6871706102		
		
ARUANA SEGURADORA 03 NOV 2018		
		





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



Nome: <i>N. Ribeiro, César J. S. L.</i>		Idade:
Registro: <i>86.1616</i>	Box/Leito/Enfermaria:	Clinica/Setor:
Exames Solicitados: <i>- Diagnóstico de gravidez</i>		
Dados Clínicos: <i>Exame de gestante</i>		
Data: <i>17/09/11</i>	Hora:	Ass. Carimbo/Requisitante: <i>Ass. Carimbo/Requisitante</i> <i>Cordeiro J. Mello Junior</i> <i>CM-1972</i>

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0127

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE DEPARTAMENTO FEDERAL DE SAÚDE SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO			
ALBERES CARLOS DA SILVA DOCUMENTAL/CRM: REC: 57 5043690-029-PE CN: 000-427.694-28 DT/10/1979 TÍTULO: JOSÉ CARLOS DA SILVA MARIA DE LOURDES DA SILVA PESO: 65 KG ALTURA: 175 CM DATA: 17/09/2011 EXPEDIDOR: BETRAN - PR/EPERNAMBUCO			
 Exercício Ativo: Reconhecida <i>Alberes Carlos da Silva</i> LUGAR: RECIFE - PE DATA: 26/04/2010 <i>Alberes</i> Série: 63199 PEC011788123 BETRAN - PR/EPERNAMBUCO			
 ARUANA SEGURADORA 08 NOV 2010			
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,13.03.1999 >> 020.427.694-28			





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:43:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417433157500000055534451>
Número do documento: 20011417433157500000055534451

Num. 56451617 - Pág. 7



Nome: ALUERES LAROS DA SILVA
Data: 03/08/2014
HOSPITAL DA RESTAURACAO - PE

ARUANA SEGURADORA

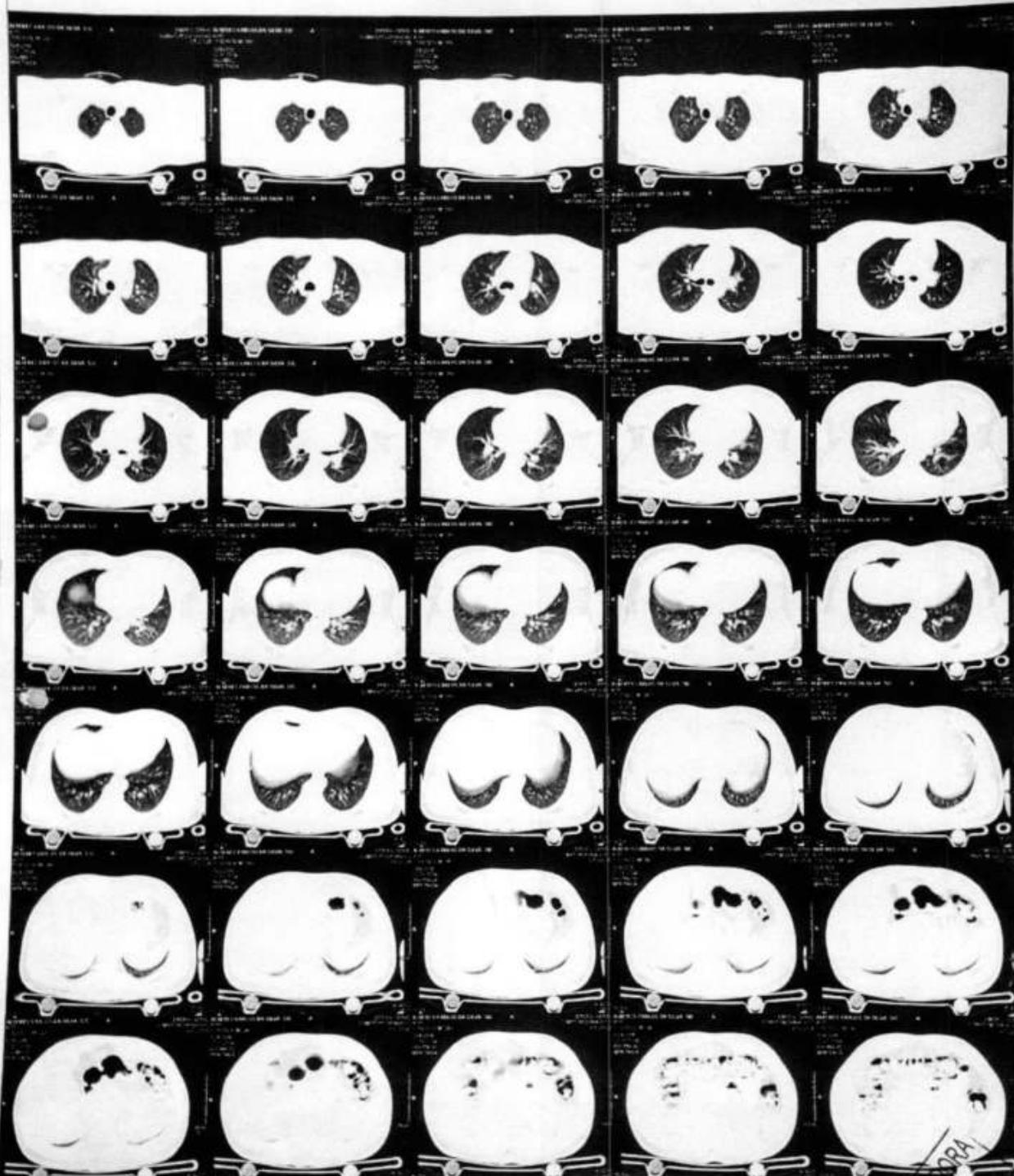
30 NOV 2018

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:43:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417433157500000055534451>
Número do documento: 20011417433157500000055534451

Num. 56451617 - Pág. 8



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

ARQUIVA SEGURADORA
1 30 NOV 2018

Scanned by CamScanner





ARUANA SEGURADORA

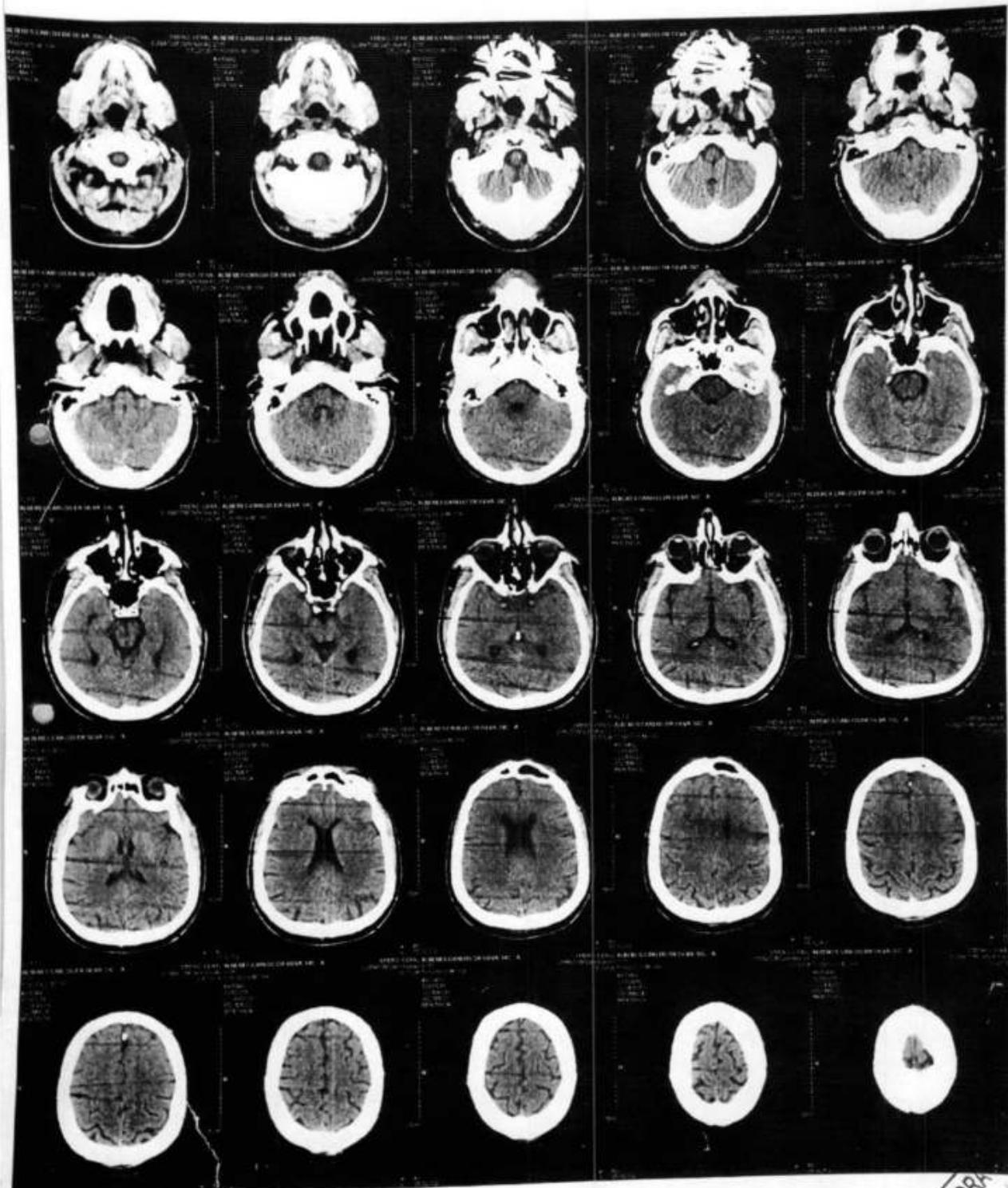
30 NOV 2018

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:43:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417433157500000055534451>
Número do documento: 20011417433157500000055534451

Num. 56451617 - Pág. 10

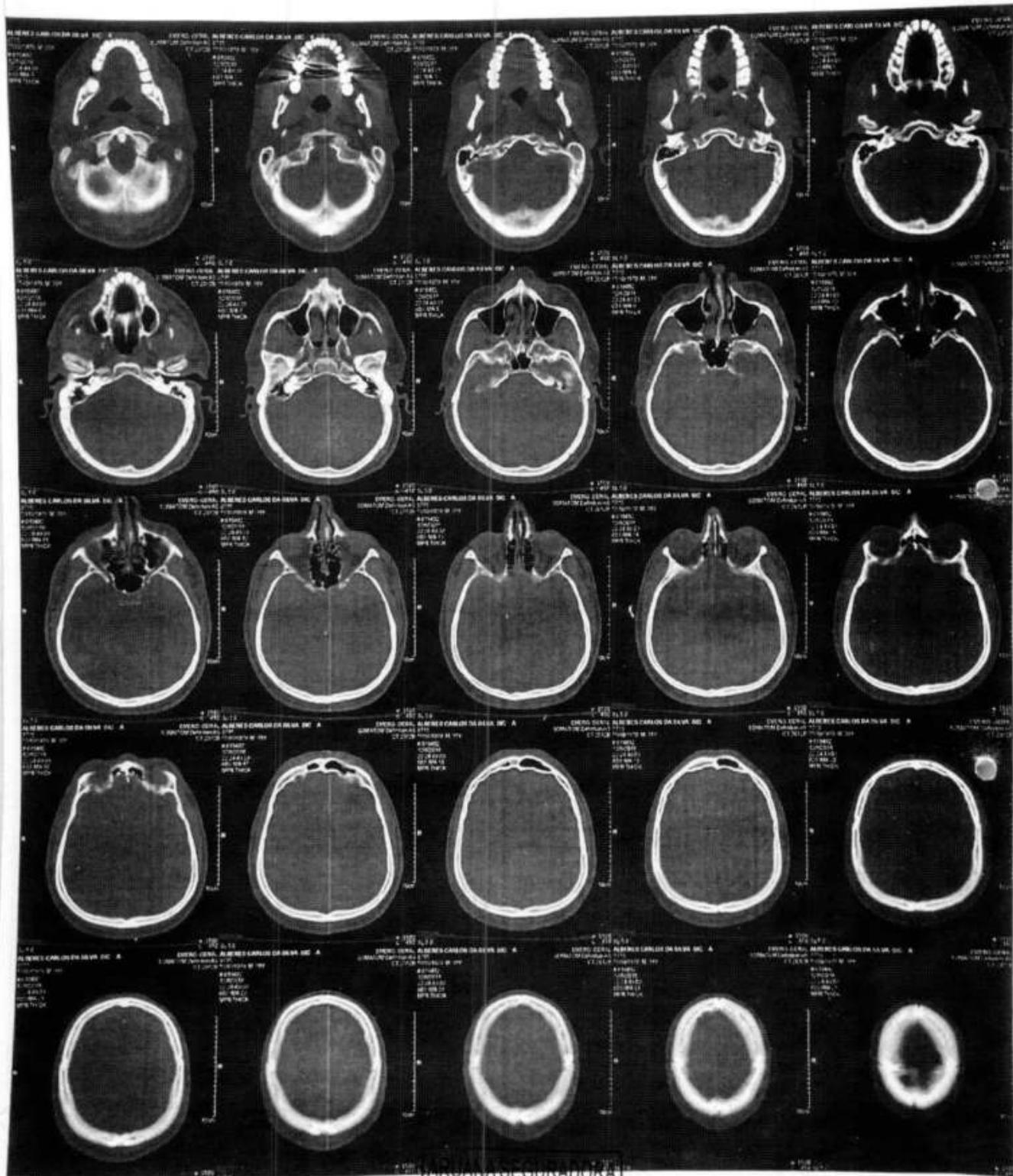


Av. Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

ARUANA SEGURADORA
3 G NOV 2018

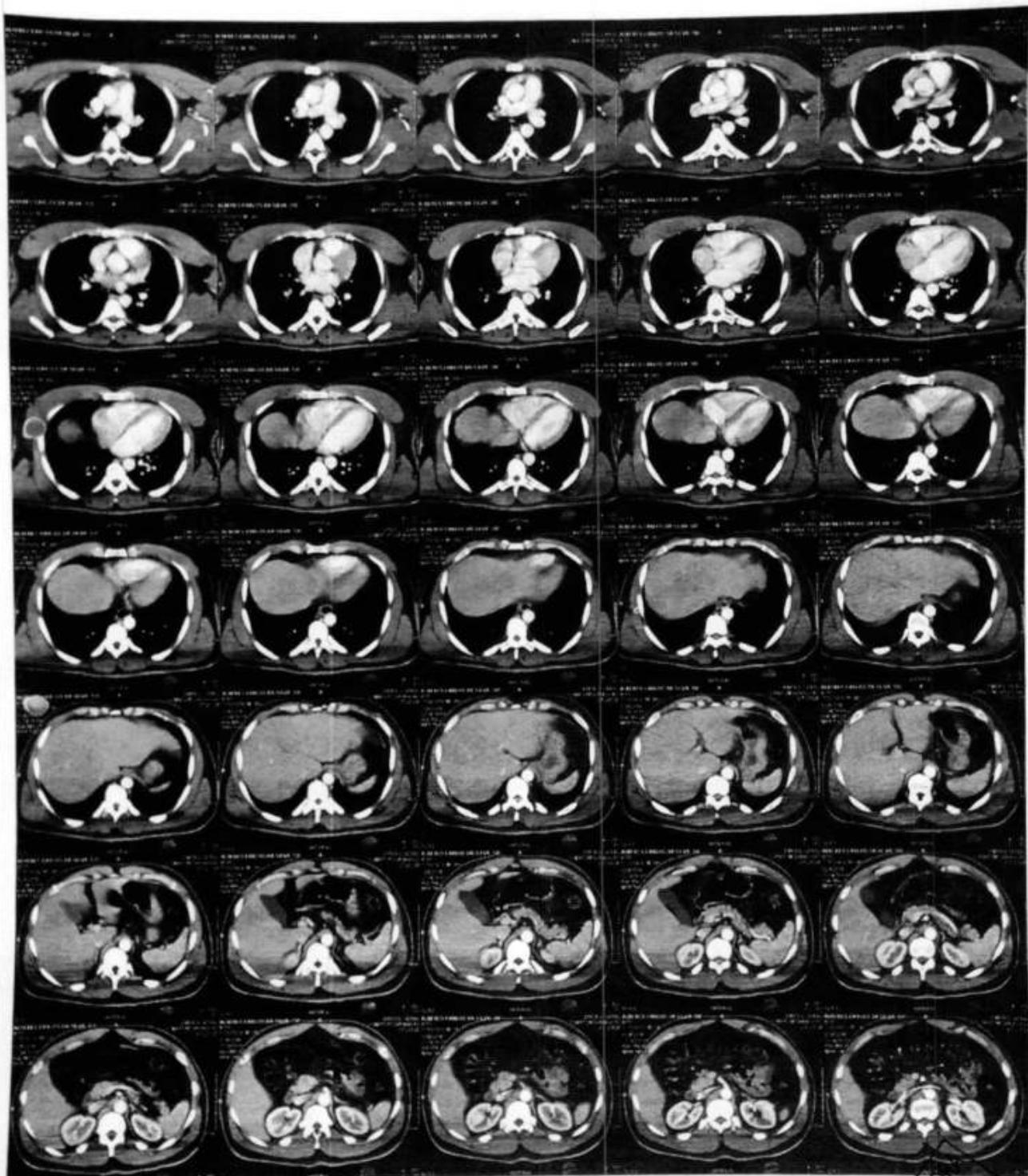
Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



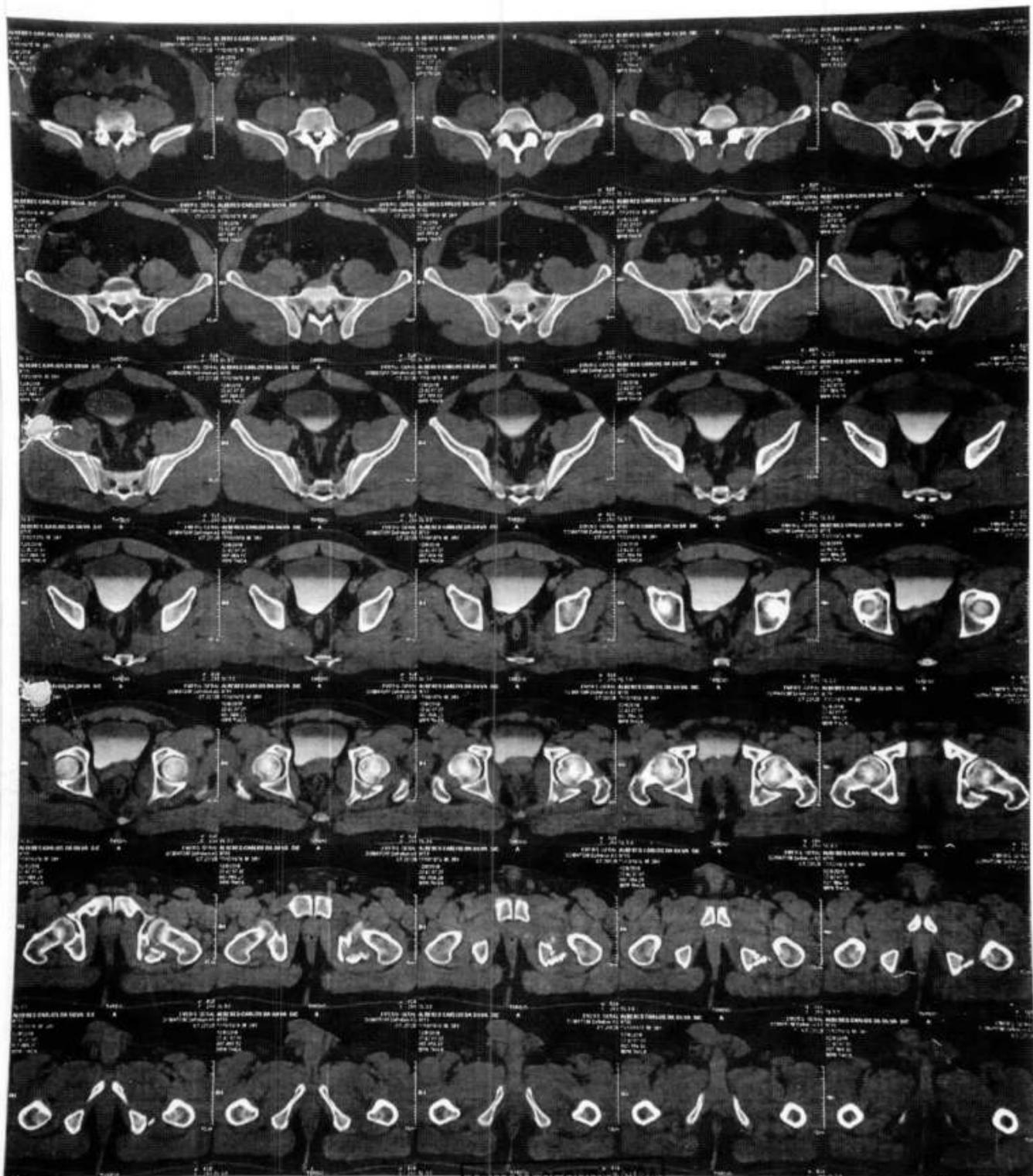


Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

ARUAM SEGURADO
3º NOV 2018

Scanned by CamScanner

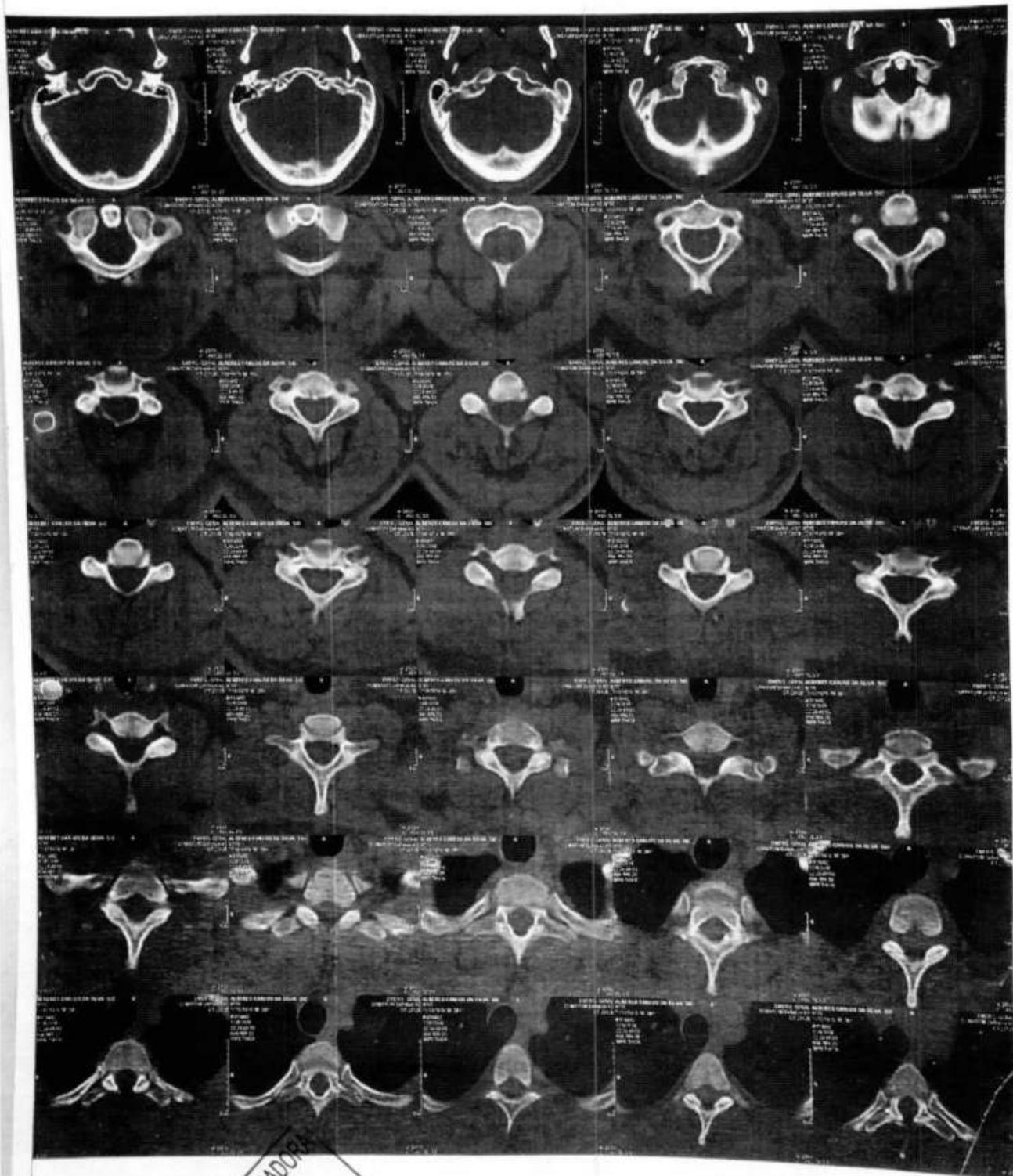




ARUANA SEGURADORA
30 NOV 2013

Scanned by CamScanner



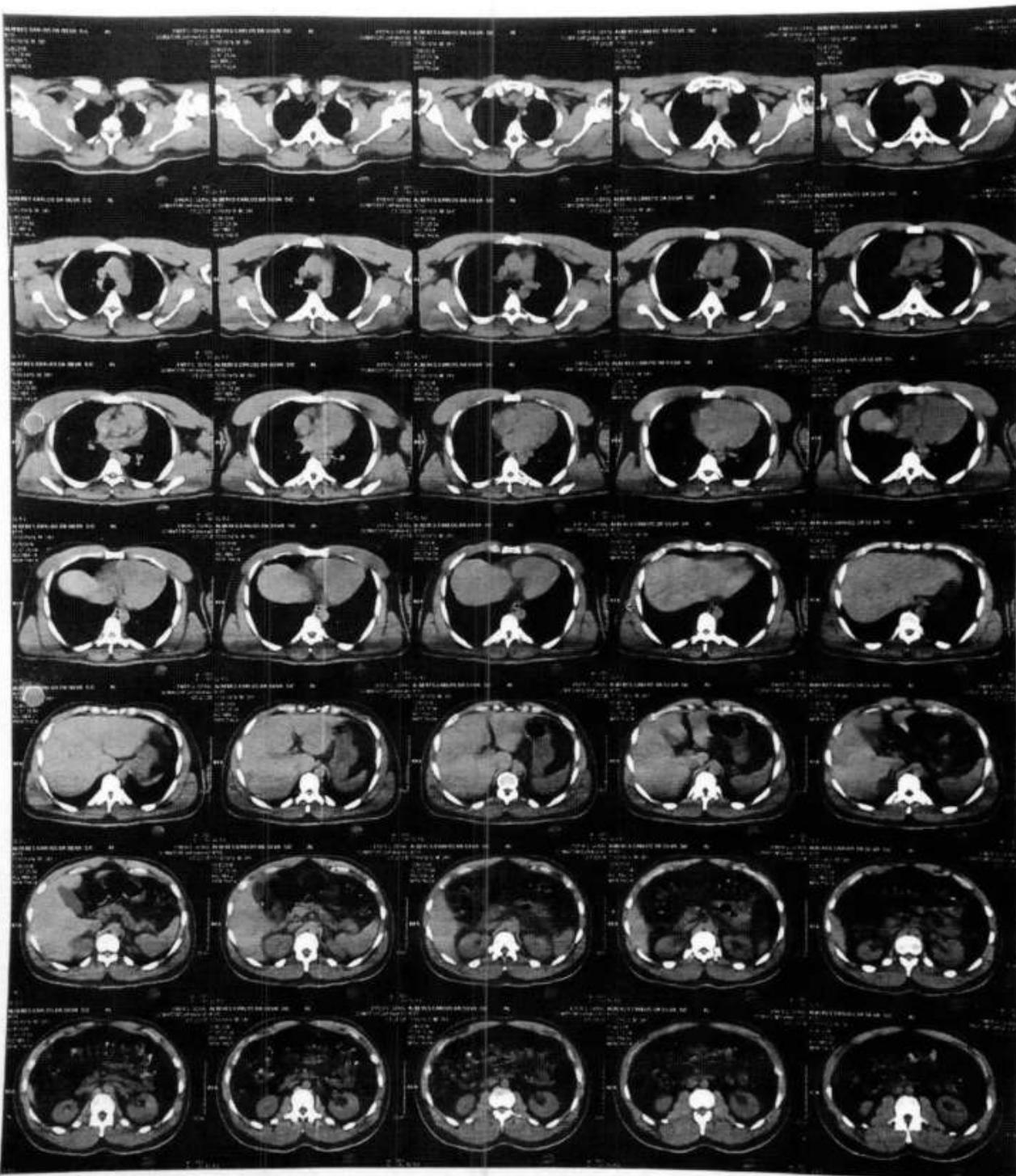


Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400



Scanned by CamScanner





Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE - CEP: 5010-040, Fone: (081) 3181-5400

ARUANA SEGURADOR

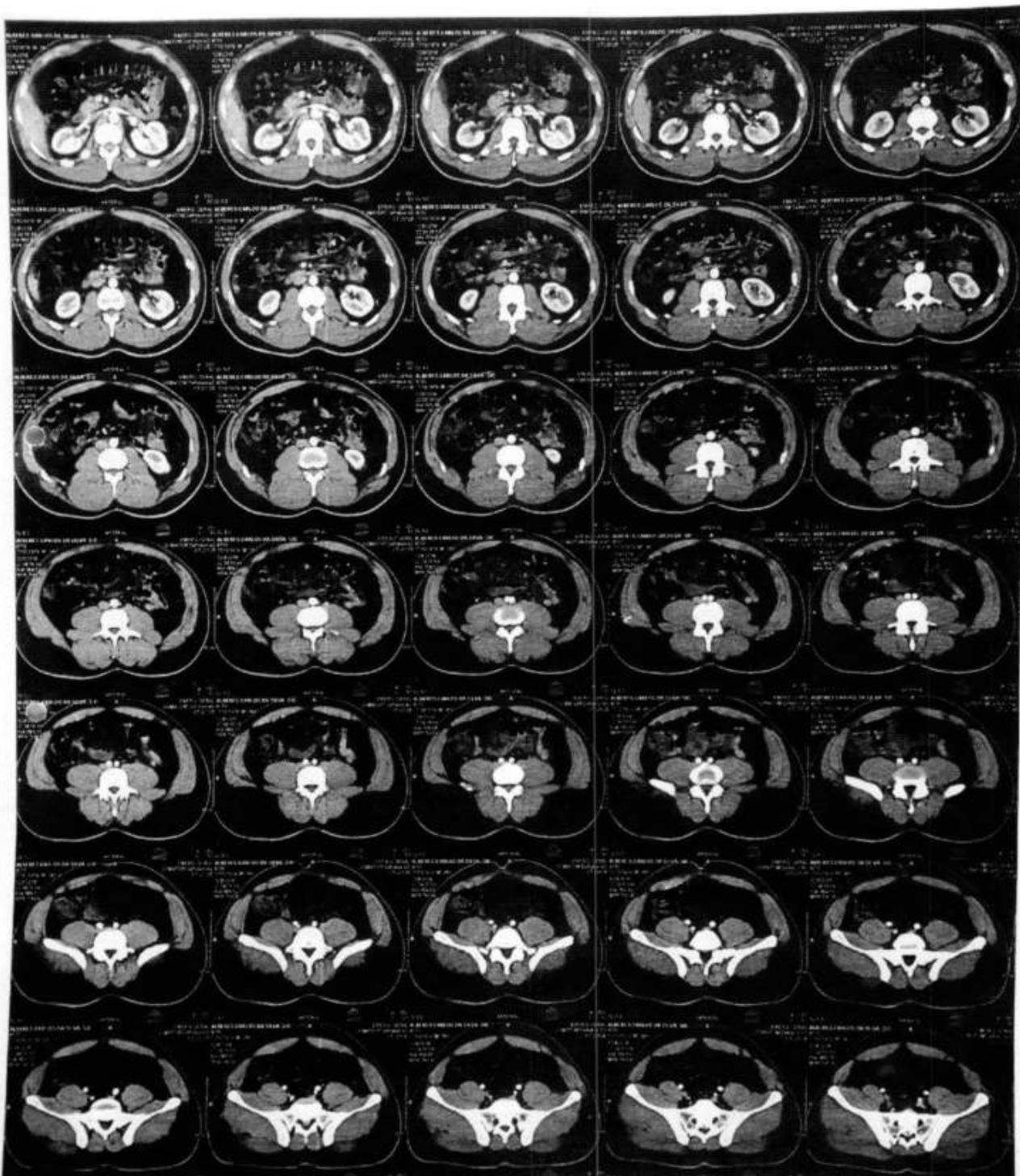
3.6 NOV 2013

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:43:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417433157500000055534451>
Número do documento: 20011417433157500000055534451

Num. 56451617 - Pág. 16



ARUANA SEGURODORA
Av. Aruanense Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400
30 NOV 2018

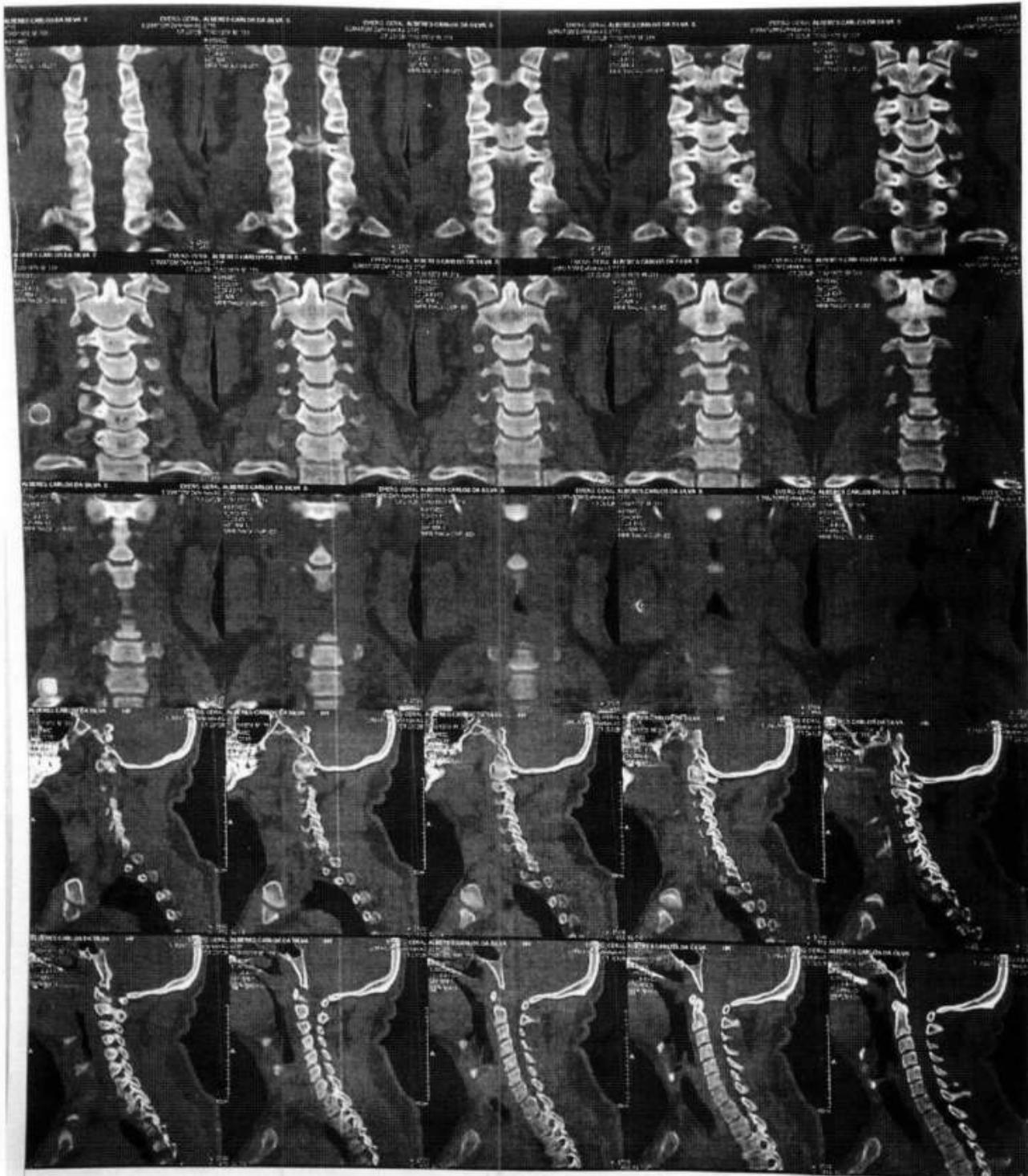
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:43:31

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417433157500000055534451>
Número do documento: 20011417433157500000055534451

Scanned by CamScanner



Num. 56451617 - Pág. 17

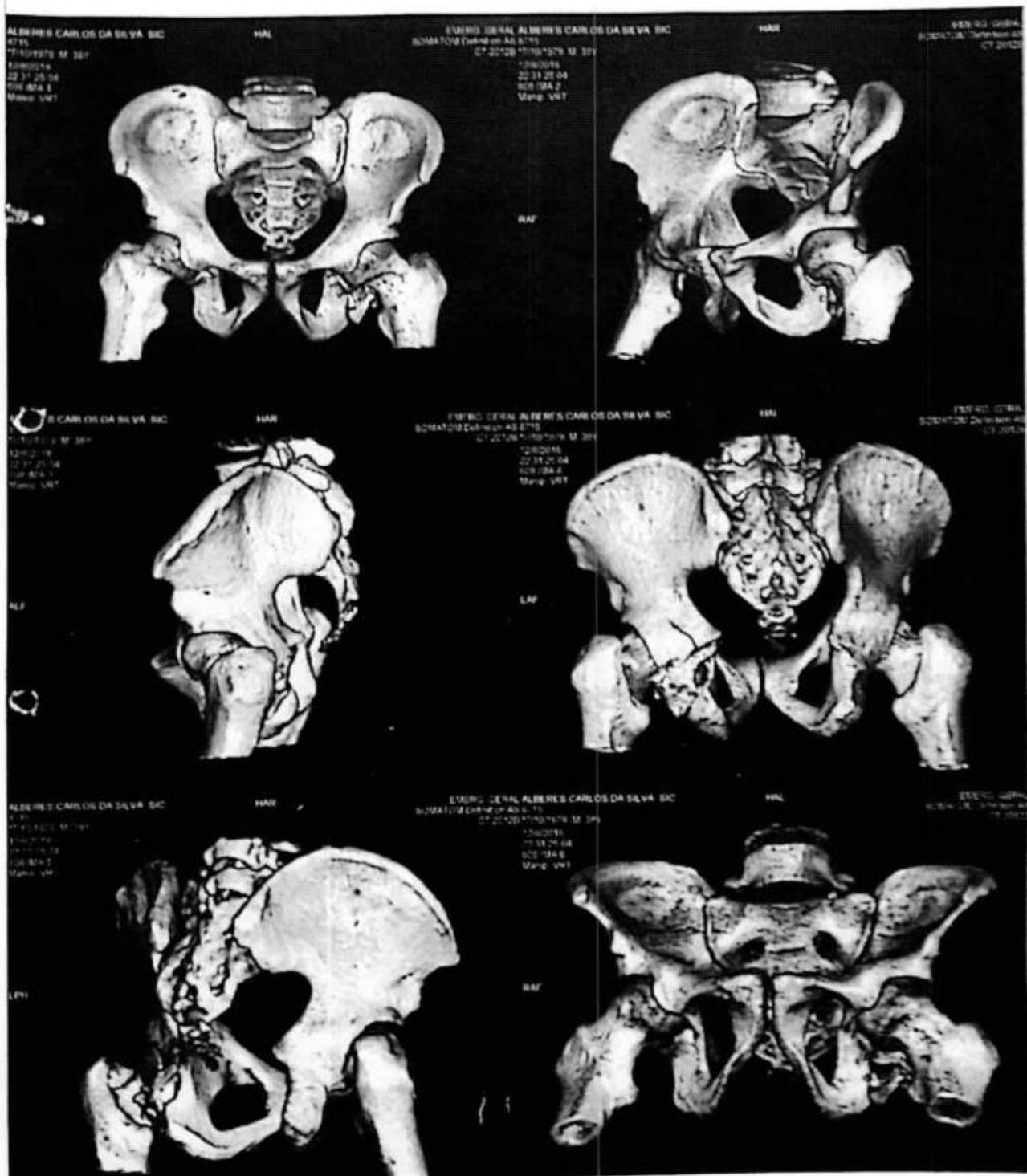


ARUANA SEGURADORA

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400
9º NOV 2013

Scanned by CamScanner



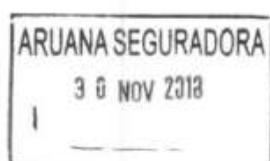
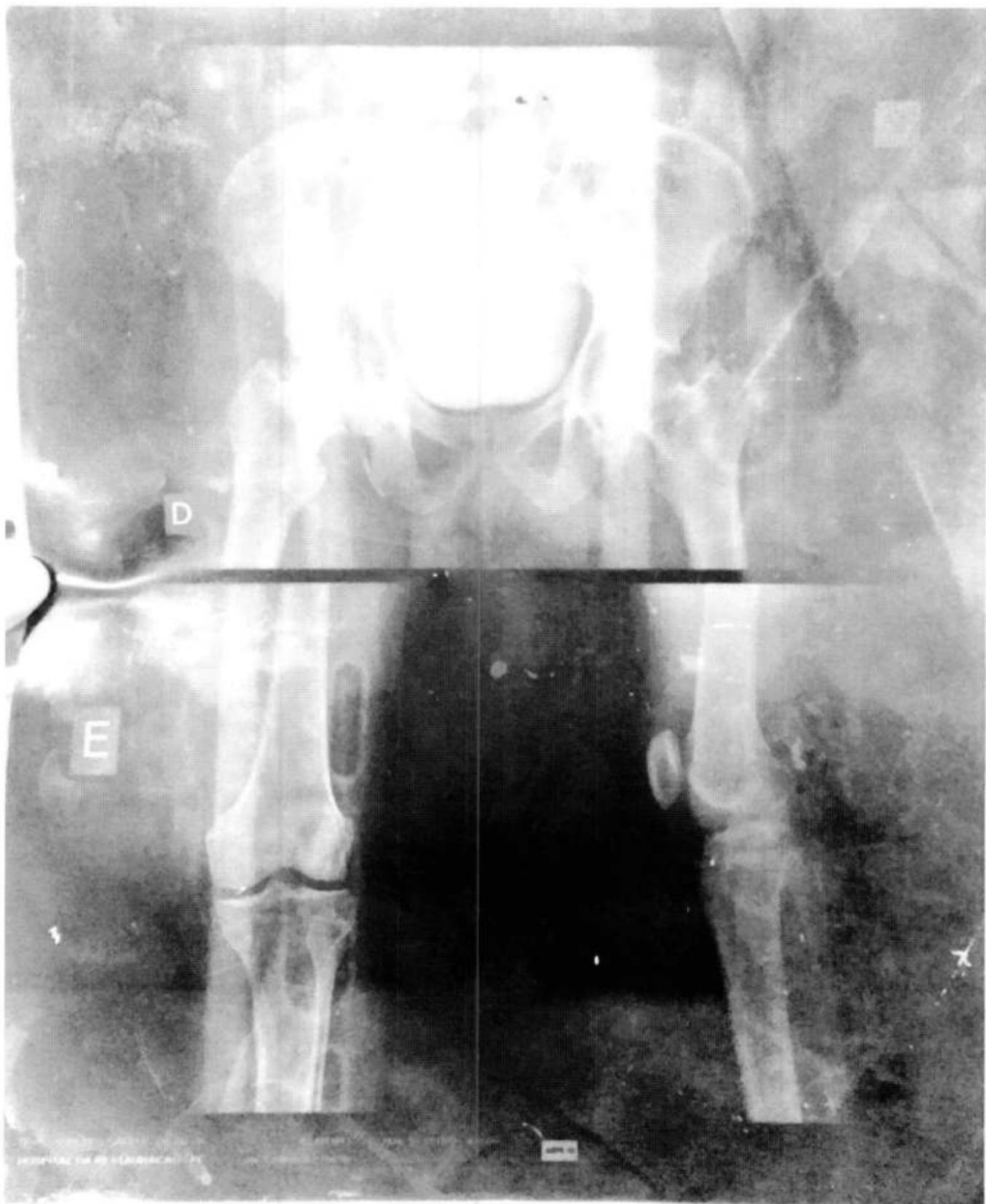


ARUANA SEGURAS
30 NOV 2018

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

Scanned by CamScanner



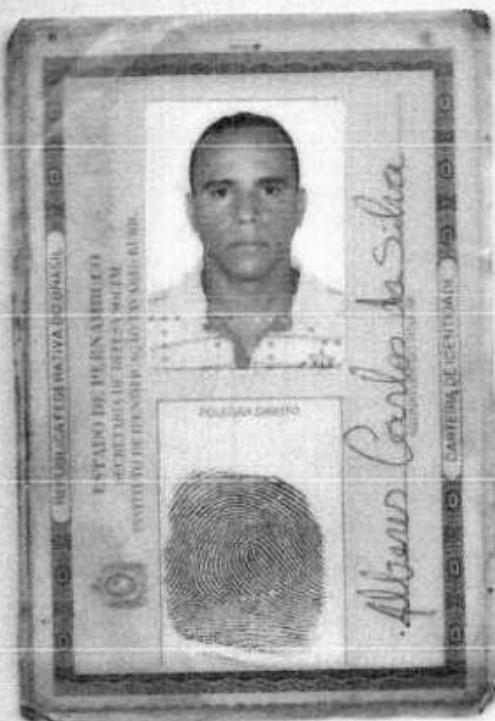


Scanned by CamScanner



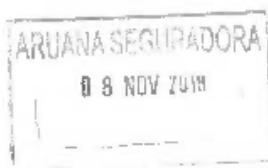
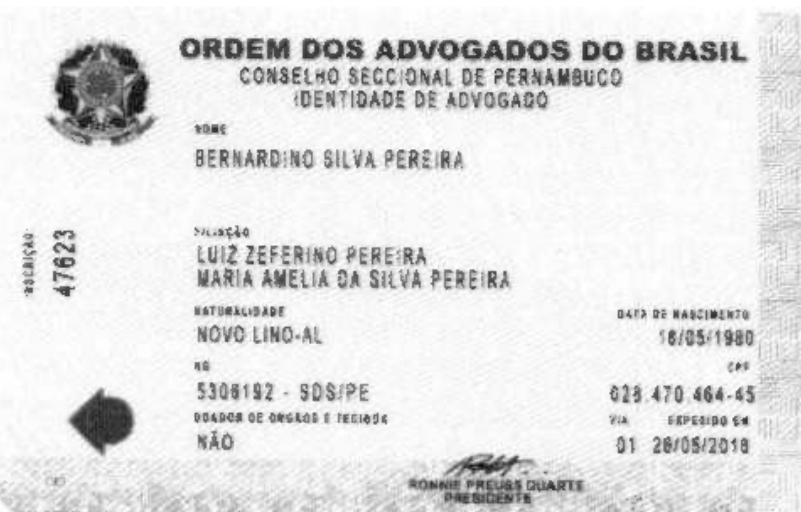
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:43:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417433157500000055534451>
Número do documento: 20011417433157500000055534451

Num. 56451617 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:43:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417433157500000055534451>
Número do documento: 20011417433157500000055534451

Num. 56451617 - Pág. 21





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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:43:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417433157500000055534451>
Número do documento: 20011417433157500000055534451

Num. 56451617 - Pág. 23

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 médica-hospitalar

Pag. 001/00122 - carta_03 - INVALIDEZ



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 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

Carta nº 13581440



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:43:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417433157500000055534451>
Número do documento: 20011417433157500000055534451

Num. 56451617 - Pág. 24



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.

Pag. 00853/00854 - carta_04 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13680422



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:43:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417433157500000055534451>
Número do documento: 20011417433157500000055534451

Num. 56451617 - Pág. 25

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 TERAPÉUTICA.

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(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: 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		CPF:	020 427 694 28	
Profissão: DESEM PREGADOR	Endereço: RUA: VARZEA DO GIGÓ	Número:	323	Complemento: 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).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 REUSSO 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 OPCIÃO DE CONTA

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: CAIXA ECONÔMICA

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 sempre, 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 de 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §º, 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 (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo | Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não | 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.

Local e Data: RECIFE, 8.11.2018
 Nome: _____
 CPF: _____

Alberes Carlos da SILVA
 1º Assinatura de quem assina o RG
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

08 NOV 2018

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, 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 V001/2018

