



Número: **0000383-93.2019.8.17.3580**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Vicência**

Última distribuição : **03/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE NILTON BARBOSA (AUTOR)	GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
RODRIGO DE SOUZA MENDES SANTIAGO MOUSINHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76588 540	09/03/2021 15:42	Microsoft Word - 2772116_MANIFESTACAO_LAUDO	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE VICENCI/PE

Processo n.º 00003839320198173580

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 **JOSE NILTON BARBOSA**, 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:

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA
DOCUMENTOS MÉDICOS

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial diante dos documentos médicos.

Ressalta-se a importância da juntada dos documentos médicos contemporâneos já que é através deles que se confirmará a existência das lesões sofridas pela vítima, de modo que sua ausência impossibilita a apuração do nexo de causalidade. **OS DOCUMENTOS MÉDICOS ANEXADOS AOS AUTOS NÃO SEREM CONTEMPORÂNEOS AO FATO.**

Portanto, para que não pare qualquer dúvida sobre a veracidade dos fatos narrados na exordial, bem como autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao Hospital onde foi prestado o primeiro atendimento, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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 - 09/03/2021 15:42:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030915423424400000075047360>
Número do documento: 21030915423424400000075047360

Num. 76588540 - Pág. 1

DA NEGATIVA ADMINISTRATIVA

DAAUSÊNIA DE NEXO DE CAUSALIDADE

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

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

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

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

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

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

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

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

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

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



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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

VICENCIA, 8 de março de 2021.

**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 - 09/03/2021 15:42:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030915423424400000075047360>
Número do documento: 21030915423424400000075047360

Num. 76588540 - Pág. 3



Número: **0000383-93.2019.8.17.3580**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Vicência**

Última distribuição : **03/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE NILTON BARBOSA (AUTOR)	GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
RODRIGO DE SOUZA MENDES SANTIAGO MOUSINHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76588 541	09/03/2021 15:42	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190110270

Vítima: JOSE NILTON BARBOSA

Data do Acidente: 20/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE NILTON BARBOSA

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

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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. 01843/01844 - carta_03 - INVALIDEZ



00040922

Carta nº 13937635



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/03/2021 15:42:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030915423443400000075047361>
Número do documento: 21030915423443400000075047361

Num. 76588541 - Pág. 1

503083
0043815 / 19

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 048ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALIANÇA -
DP48ª CIRC DINTER1/11/DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0138000731

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/06/2018** às
09:58

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **20/9/2017** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ALIANÇA, 01 - Bairro: CENTRO -
ALIANÇA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **DESCENDO A
LADERRA DA UERA, SENTIDO BR-488**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PREJUDICADO (AUTOR / AGENTE)
JOSE NILTON BARBOSA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE NILTON BARBOSA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSE NILTON BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **ADELDA
ALTINA DA CONCEIÇÃO** Pai: **ANDRE SEVERINO INACIO BARBOSA** Data de Nascimento:
8/10/1988 Naturalidade: **VICENCIAS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 4833616/808/PE
(RG), 48924126487 (CPP) Profissão: **TRABALHADOR RURAL** Telefones Celulares:
- 81 982602298

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VICENCIAS, 14, RUA DO CAMPO, USINA BARRA - CEP:
0 - Bairro: CENTRO - VICENCIAS/PERNAMBUCO/BRASIL, NA MESMA RUA POR TRÁS DO
BARRACÃO.**

PREJUDICADO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **ADELDA ALTINA DA CONCEIÇÃO** Data da Nascimento: 8/10/1988 Naturalidade: **MAIS INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VICENCIAS, - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VICENCIAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONCEIÇÃO Data da Nascimento: 8/10/1988 Naturalidade: MAIS INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE VICENCIAS, - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VICENCIAS/PERNAMBUCO/BRASIL

06 FEV 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - conj. 8
Gravatá - PE - CEP: 52033-000



CG 125FAN (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE NILTON BARBOSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE NILTON BARBOSA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKJ2812** (PERNAMBUCO/ABOATAO DOS GUARARAPES) Chassi: **9G2JC38787R141370**
 Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA DIRIGINDO SUA MOTOCICLETA QUANDO SE DESEQUILIBROU E CAIU, SOFRENDO LEÓRS NO JOELHO, CONFORME LAUDO DO POSTO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO. SEM MAIS PARA O MOMENTO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste unidade policial

JOSE NILTON BARBOSA X José Nilton Barbosa
 (VITIMA)

PРЕДИКАДО * *José Nilton Barbosa*
 (AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **Paulo Ricardo Rodrigues Apolinario** - Matrícula: **3871816**



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grécas - Recife / PE CEP: 52011-040





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:
	650.241.254-83	José Nilton Barbosa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR-SUSEP Nº 445/2022		
Nome completo:	José Nilton Barbosa	
Profissão:	Endereço:	Número:
Revisor	Rua da Parque	14
Bairro:	Cidade:	Complemento:
Ubirana Barra	Itacaré	
E-mail:	CEP:	55850-000
	Tel.(DDD):	(87) 9-9149-1433

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

RENDIMENTO MENSAL:
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPLANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma só)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (287)	<input type="checkbox"/> Raí (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0054	CONTA: 00010183 3	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/recibulho 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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalar uma das opções:

- Não há IML que atende 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 acima mencionado, estou 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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:

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou herdeiros (val hereditário): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: _____ Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____ 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTROLE NÃO VERIFICADO 16 - FEV 2018 Assinatura _____	

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá recolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGICO, 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.

5.001 V001/2018

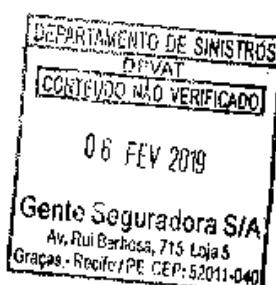


RECIBO

Unidade de Saúde:
Nome: José Nilton Barbosa Registro Nº:
Clínica: Enfermeira:

Medicacão Médica

Medicacão para devidos fins que o sr José Nilton Barbosa de 30 anos apres. queda de moto dia 28/09/2013 após descer de um tronco na estrada. Entra com uso de capacete. Não houve TCE (fractura óssea cervical). No momento apresentava dor e náuseas de continuidade. dentes em menor grau queimados. Realizou os procedimentos de limpeza adequada e sutura local, além de analgesia.



Loca:

Data: 09/11/13

MÉDICO - CRM / CRO



0097359/



PREFEITURA DA
ALIANÇA
A GRANDE OBRA É CUIDAR DAS PESSOAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA MUNICIPAL DA ALIANÇA

Rua Marechal Deodoro, s/n - Aliança - PE CEP: 56.889 - 000
Fone: 3637-1340 / 3637-1388 / E-mail: unidadeamsa2009@hotmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Registro N° 195.182 Hora: 13:51 Repcionista: L. Viana

UNIDADE DE SAÚDE:

DISTRITO SANITÁRIO: DATA: 20/09/11

INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO PACIENTE OU ACOMPANHANTE:

NOME:

SÓSÉ NIXON BARBOSA

DATA DE NASCIMENTO:

08/10/68

SEXO: M F IGNORADO

ESTADO CIVIL:

CASADO

ESCOLARIDADE:

PROFISSÃO:

RAÇA/COR:

- 1 - BRANCA
- 2 - AMARELA
- 3 - PRETA
- 4 - INDÍGINA
- 5 - PARDA

CEP: 55.896-000

ACOMPANHANTE:

MUNICÍPIO: VILA FESTA UF: PR

PRECEDÊNCIA:

14º ANDAR

MEIO DE TRANSPORTE: CARRO

HORA:

Paciente em moto após tentar desviar de buraco, sofreu queda. Estava com capacete. No momento com queixa de dor no joelhos (esquerdo) onde apresentou lesão de contusão.

VACINAS ATUALIZADAS

SIM NÃO

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO AUTOMÓVEL ÔNIBUS MOTO OUTRO QUAL?

IGNORADO

FATOR DE PROTEÇÃO CINTO/CAPACETE SIM NÃO

IGNORADO

MODO DE ATROPELAMENTO COLISÃO CAPOTAGEM OUTRO QUAL?

IGNORADO

INDO / VOLTANDO DO TRABALHO SIM NÃO

IGNORADO

ACIDENTE DO TRABALHO

TIPO DE ACIDENTE CONSTRUÇÃO CIVIL INDÚSTRIA AGRICULTURA COMÉRCIO QUAL?

IGNORADO

TIPO DE ACIDENTE: ENDEREÇO:

IGNORADO

TIPO DE ACIDENTE: OUTRO TIPO DE ACIDENTE

INTOXICAÇÃO ACCIDENTAL QUEDA ACCIDENTAL AFOGAMENTO QUEIMADURA CHOQUE ELÉTRICO OUTRO QUAL?

IGNORADO

TIPO DE ACIDENTE: AGRESSÃO

IGNORADO

TIPO DE ACIDENTE: ARMA BRANCA ESPANCAMENTO OUTROS QUAL?

IGNORADO

TIPO DE ACIDENTE: ASSALTO BRIGA AÇÃO POLICIAL AGRESSÃO SEXUAL OUTROS QUAL?

IGNORADO

TIPO DE ACIDENTE: AUTO AGRESSÃO SUICÍDIO

IGNORADO

TIPO DE ACIDENTE: POR ARMA DE FOGO ENFORCAMENTO DROGAS QUEDA DO NÍVEL QUAL?

IGNORADO

LOCAL DA OCORRÊNCIA

VIA PÚBLICA DOMICÍLIO AMBIENTE DE TRABALHO ESCOLA OUTROS QUAL?

OBSERVAÇÕES: Paciente idosa extraiu na 516 de Costa

valente da cadeira, sentindo dor, apresentando queimadura

no joelho, arredondado, expondo, maculando, falso

expondo, falso e falso

Marcos Lima de Oliveira
Enfermeiro
COREN - 447401

EXAME FÍSICO:

A) GERAL PESO: ESTATURA TEMP C

E) GABINETE: alerta, orientado, conversa, hidratado, supreco

B) RESPIRATÓRIO: HV+ im AHIT A: RA FR=20





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rafaela Maria de S. Carvalho, inscrito (a) no CPF 086.905.684-80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário falec. Vilson Barbosa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 650.241.254-187, do sinistro de DPVAT cobertura Funeral de menor da Vítima falec. Vilson Barbosa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 650.241.254-183, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

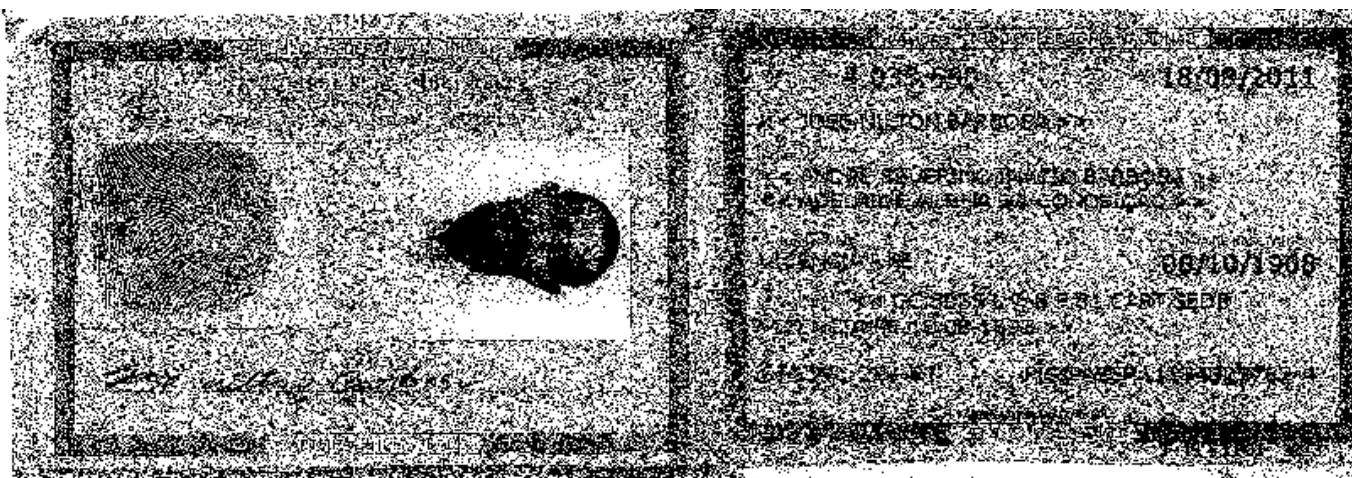
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 falec. Amílcar</u>	Número <u>14</u>	Complemento <u></u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Belo Horizonte</u>	Estado <u>PE</u>
E-mail <u></u>	Telefone comercial (DDO) <u>(31) 9.9149.1433 (81) 9</u>	Telefone (DDO) DE SINISTROS <u>0800 221206</u>
Local e data <u>Belo Horizonte 22 de Janeiro de 2019</u>		Local e data <u>06 FEV 2019</u>
Assinatura do Declarante <u>Rafaela Maria de S. Carvalho</u>		
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715, Loja 5 Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040		



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/03/2021 15:42:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030915423443400000075047361>
Número do documento: 21030915423443400000075047361

Num. 76588541 - Pág. 10





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190110270 **Cidade:** Aliança **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NILTON BARBOSA **Data do acidente:** 20/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
				Total
			0 %	R\$ 0,00



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Nilson Barbosa, Portador do documento
de identidade nº 4.033-660 expedido por SPS/PE, inscrito no CPF sob o nº
630.341.254-8, residente na Rua do Campo nº 14,
Uruaí, Paraíba 54100-000/PE.

OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na Rua José Emílioano, nº 1A, centro, Buenos Aires/PE.

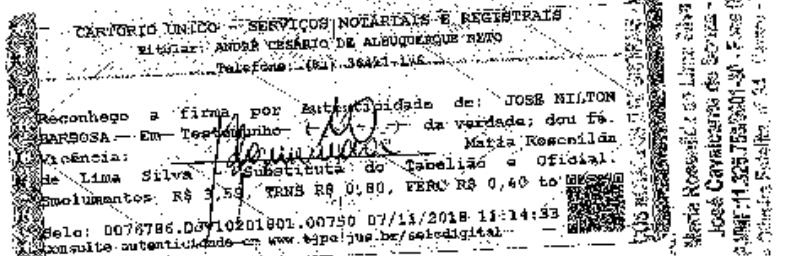
PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes em Hospitais. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Foz do Iguaçu / 02 de dezembro de 2018.

RECONNECTED

Outreante: Zvi Sitter-Baron

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTO DE NÃO VERIFICADO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047359/19

Vítima: JOSE NILTON BARBOSA

CPF: 650.241.254-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/09/2017

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Titular do CPF: JOSE NILTON BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI : 086.005.684-80

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

JOSE NILTON BARBOSA : 650.241.254-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/02/2019
Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI
CPF: 086.005.684-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/02/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/03/2021 15:42:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030915423443400000075047361>
Número do documento: 21030915423443400000075047361

Num. 76588541 - Pág. 15



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, 12 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190110270 Vítima: JOSE NILTON BARBOSA

Data do Acidente: 20/09/2017 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE NILTON BARBOSA

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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13935928



220 011839/01840 - carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/03/2021 15:42:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030915423443400000075047361>
Número do documento: 21030915423443400000075047361

Núm. 76588541 - Pág. 16