



Número: **0038597-06.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/08/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA (AUTOR)	EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72377 477	11/12/2020 10:34	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, 07 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200280562

Vítima: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

Data do Acidente: 23/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

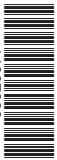
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16012887

Pag. 00153/00154 - carta_01 - INVALIDEZ

00020077





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - NR do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 019.860.044-57 4 - Nome completo da vítima: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

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

5 - Nome completo: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA 6 - CPF: 019.860.044-57
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA CHÃ DO CORVO 9 - Número: 42 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: CHA DO MARINHEIRO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.750-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 1819.9665-0454

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:
 RÍCISO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 A R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 A R\$2.500,00 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 citados. Anotar uma opção): Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (todos os bancos)
Nome do BANCO: NUBANK
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0001 CONTA: 71964709 4

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/cumprimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recebendo e dando, desde já e somente após a ativação ou 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 5.194/74), 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.

Se não 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 Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no civil) Divorçado Separado judicialmente Viúva 24 - Sexo 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 (vivos/cr?) Sim Não 31 - 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte à(s) única(s) beneficiária(s) que se apresentarem e comprovarem esta condição, caso contrário, ainda, de que qualquer omissão na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilidades criminais por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo): _____

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo): _____

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo): _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SURUBIM, 02 DE JUNHO DE 2020.

Manoel Amaro Rocha de Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 16ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - LIMOEIRO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0047001090**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/05/2020** às **10:41**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **23/4/2020** às **11:00**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL**
Fato ocorrido no endereço: **SURUBIM, 01, NAS PROXIMIDADES DO CLUBE AABR - Bairro: - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55750-000**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MICHERLAN VEREADOR (ALTOR V AGENTE)
MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA (TESTEMUNHA)
GENIVAL LUIS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GENIVAL LUIS DA SILVA**

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

GENIVAL LUIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Pai: JOSE LUIS DA SILVA Data de Nascimento: 8/10/1963 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2240466/SSP/PE (RG), 68718810420 (CPF), 1487230370 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: - 81999354963

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SURUBIM, 35, RUA PATRICIA ARRUDA DA SILVA - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA SANTANA DA CONCEICAO Pai: AMARO FRANCISCO D LIMA Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2930589/SSP/PE (RG) Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SURUBIM, 42, SÍTIO CHA DO CORVO - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

MICHERLAN VEREADOR (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENIVAL LUIS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENIVAL LUIS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 110I** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

17/05/2020 10:41

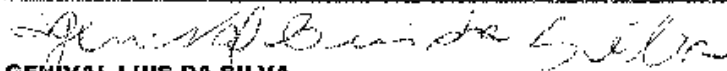


Placa: **PCW1663** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **113706083** Chassi: **9C2JC7000HR513228**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

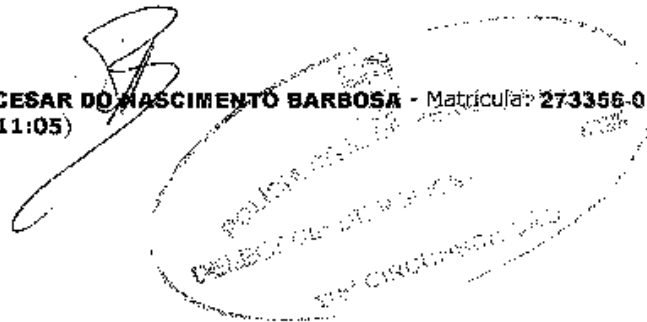
NO DIA DE HOJE, 17/05/2020, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SENHOR GENIVAL LUIS DA SILVA (VITIMA) ALEGANDO QUE NO DIA 23/04/2020, POR VOLTA DAS 11:00 HORAS, ESTAVA PILOTANDO SUA MOTO HONDA BIS/110, PLACA: PCW-1663; QUE NA GAROUPA DA MOTO ESTAVA O SENHOR MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA (TESTEMUNHA); QUE QUANDO ESTAVA TRAFEGANDO NAS PROXIMIDADES DO CLUBE AABE, NA PE/90, A PESSOA CONHECIDA COMO MICHERLAN VEREADOR, SAIU REPENTINAMENTE DIRIGINDO UM VEICULO, ATRAVESSANDO NA FRENTE DA MOTO DA VITIMA; QUE MESMO FREANDO E TENTANDO DESVIAR DO CARRO, NÃO DEU TEMPO, VINDO A COLIDIR COM O MESMO; QUE DEVIDO AO ACIDENTE GENIVAL E MANOEL FORAM SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL SÃO LUIZ DE SURUBIM E LOGO EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO, QUANDO FOI COSNTATADO QUE GENIVAL QUEBROU A TÍRIA DA FERNA DIREITA, TENDO MANOEL QUEBRADO O PÉ DIREITO; QUE DIANTE DO OCORRIDO, VEM ATÉ ESTA DELEGACIA REGISTRAR O COPETENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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



GENIVAL LUIS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **UBIRACY CESAR DO NASCIMENTO BARBOSA** - Matrícula: **273356-0**
(Liberado em **17/05/2020** às **11:05**)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 019.860.044-57 4 - Nome completo da vítima: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

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

5 - Nome completo: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA 6 - CPF: 019.860.044-57
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA CHÃ DO CORVO 9 - Número: 42 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: CHA DO MARINHEIRO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.750-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 1819.9665-0454

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:

R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 R\$ 1.000,00 A R\$ 1.500,00 R\$ 1.500,00 A R\$ 2.000,00
 SEM RENDA R\$ 1.000,00 A R\$ 2.500,00 ACIMA DE R\$ 2.500,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos citados. Anotar uma opção): CONTA CORRENTE (todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: NUBANK
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0001 CONTA: 71964709 4
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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/cumprimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recebendo e dando, desde já e somente após a ativação ou 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 5.194/74), 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.

Se não 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 Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no civil) Divorçado Separado judicialmente Viúva 24 - Sexo 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 (vivo/nascido)? Sim Não 31 - 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 Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte à(s) única(s) beneficiária(s) que se apresentarem e comprovarem esta condição, caso contrário, ainda, de que qualquer omissão na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilidades criminais por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo): _____

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo): _____

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo): _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SURUBIM, 02 DE JUNHO DE 2020.

Manoel Amaro Rocha de Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RPS.001 V002/2019





CNPJ 09.769.035/0
 INSC. EST. Nº 18.1

ENDEREÇO: RUA MARCO ESTANISLAU - N.º 60005
 CIDADE: RECIFE - PE 55250-000

DESCRIÇÃO DO CLIENTE: MANOEL AMARO ROLHA DE LIMA
 RUA ENG. DO COATO, N.º 130042 - CENTRO SORUBIM PE 55250-000

SITUAÇÃO AGUA CORTEADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE 20 COMERCIAL INDUS
HIIDROMETRO A111020066	DATA LEIT ANTERIOR 06/03/2020	DATA LEIT ATUAL 06/04/2020	TIP REA

AGUA:
 LEIT ANT: 371 CONSUMO: 0
 LEIT ATU: 371
 LEIT FAT: 371

REFERENCIA	CONSUMO	PARAMETROS	NUMERO
06/2020	00	TURBIDEZ	EXIG. PORT. MS 2.934/13
	00	COR APARENTE	60
	00	CLORO RESIDUAL	60
	02	COLIF. TOTAIS	60
	00	PH	60

Quantidade de Água consumida em litros
 Descrição dos serviços
 Descrição dos serviços

RESIDENCIAL 1 UNIDADE



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 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF**.

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

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

Peço exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.860.044 / 57, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.860.044 / 57 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

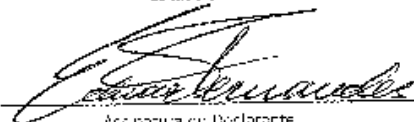
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA MANOEL ALVES DE MOURA</u>		Número <u>64</u>	Complemento <u>CASA</u>
Urbino <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.750-000</u>
Telefone comercial(DDD)		Telefone residencial(DDD)	
<u>(81) 9.4665-0454</u>		<u>(81) 9.8133-5022</u>	

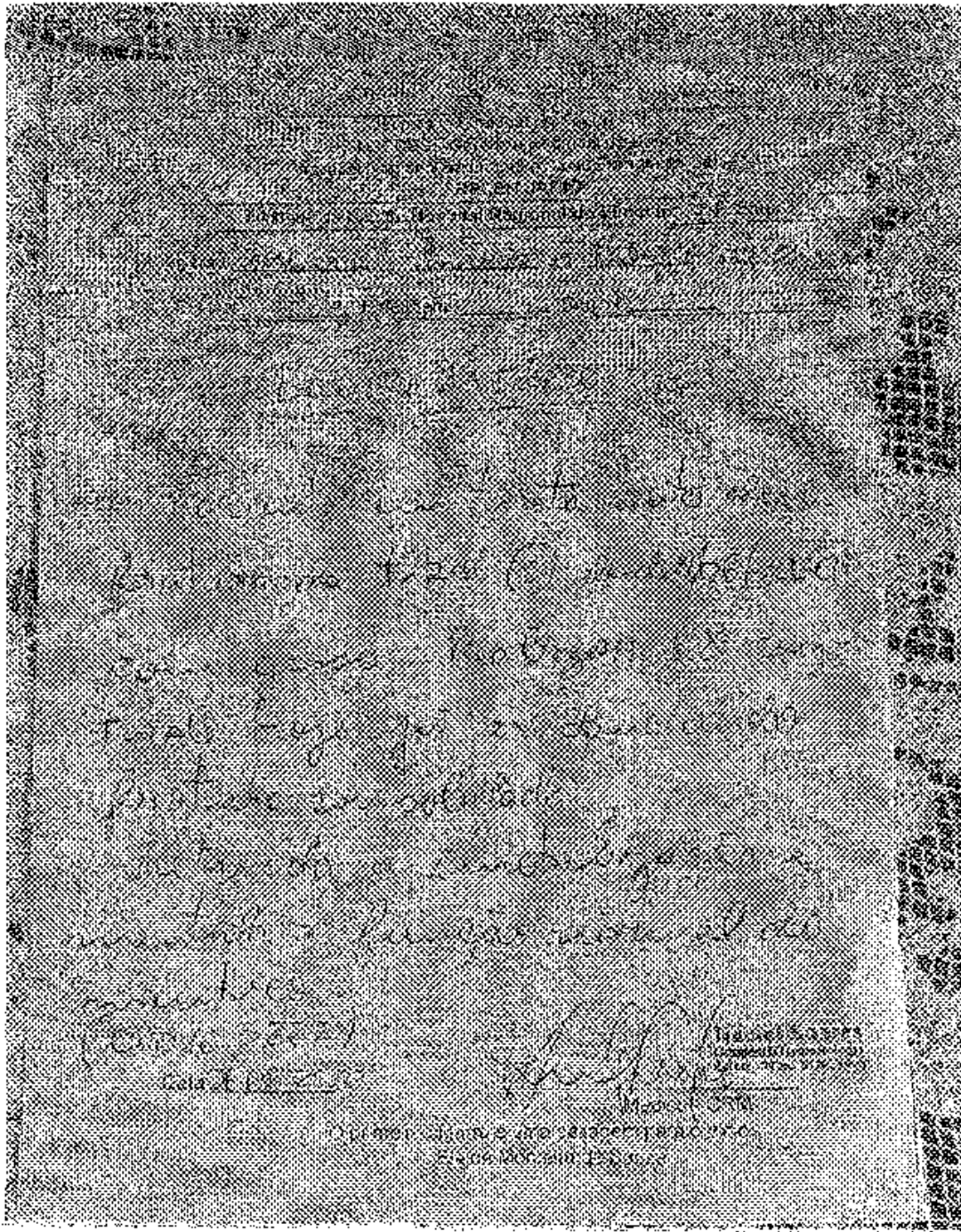
SURUBIM, 02 de JUNHO de 2020.

Local e Data



 Assinatura do Declarante







ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM

Rua Maria Barbosa S/Nº Centro, Surubim - PE

Fone: 81 - 36341624 Fax: 3634-1461

CNPJ 11.754.025/0001-05

E-mail: apamisurubim@terra.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA, deu entrada neste serviço no dia 23/04/2020, após acidente, feito atendimento em seguida transferido para o Hospital Regional de Limoeiro, conforme consta em prontuário de nosso arquivo.

Surubim, 16 de maio de 2020.


Adriana Olívia Cabral
Funcionária Encarregada



HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM
FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA

Atendimento: 120/60813 Data: 23/04/2020 12:25
Convênio: SUS Matrícula:
Médico: FRANCISCO EUDES R DE AQUINO

Recep: VANDSON
Setor: URGENCIA/EMERGENCIA
Cartão SUS: 706208767483870

Registro: 182908
Paciente: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA
Nascimento: 05/08/1964 - Idade: 55 anos
Endereço: SÍTIO CHA DO COUVE
Bairro: ZONA RURAL
IBGE/Cidade: SURUBIM
Pai: AMARO FRANCISCO DE LIMA
Mãe: MARIA SANTANA DA CONCEICAO
Est. Civil: Casado(a)

Prontuário: 182908
Cor: Parda
Sexo: Masculino
C.P.F.:
Identidade: /
Telefone:
G. instrução:
Naturalidade: SURUBIM-PE

OBS: CORREDOR

Anamnese e Exame Sumário:

Fratura Tibia
*Paciente vítima de acidente de trânsito
com fratura de tibia e fêmur. Não há
lesões em outros membros. ABCDE OK.
Exame de Hemodinâmica está estável.*

Exames Complementares:

Hip Diagnóstica /Cid:

Fratura Tibia D

Prescrição/Tratamento:

Reavaliação:

Materiais Usados:

62-5927311

Dr. Manoel Souza
CRM/PE 5515

Assinatura e Carimbo do Médico



Secretaria Estadual de Saúde - SES
II GERES - Gerência Regional de Saúde
Hospital Regional de Limoeiro "José Fernandes Salsa"
RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: **Hospital Regional do Limoeiro "J. F. Salsa"**

Nome: Manoel Amaro Rocha de Lima

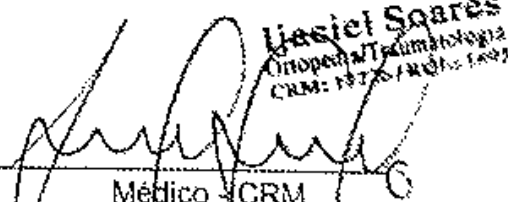
Clinica: _____ Enfermaria: _____ Reg. Nº _____

Laudo Médico - INSS

Paciente vítima de acidente com motocicleta dia 23/04/2020 apresentando fratura diafisária da tíbia tratada desde então com gesso.

Necessita permanecer afastado de suas atividades por 20 (vinte e vinte) dias
(CID 10 S82.2)

Data 07/05/2020


Lisiel Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 19720/RJ/04/1997

Médico - CRM

O primeiro cigarro é uma passagem para o vício
Eleide Monteiro de Souza

Digitalizado com CamScanner





Digitizado com CamScanner

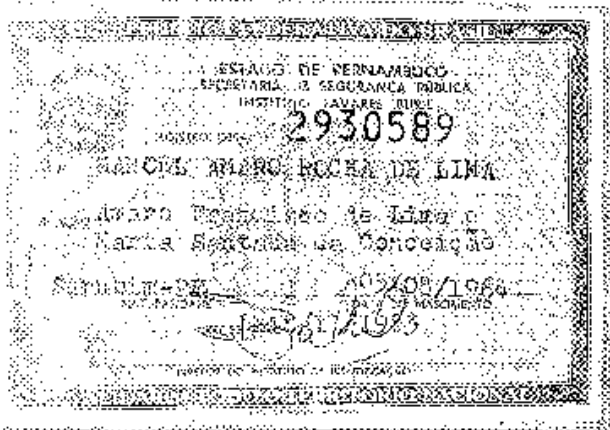
019 860 044 / 57 2ª Via.

Manoel Amaro Rocha de Lima.

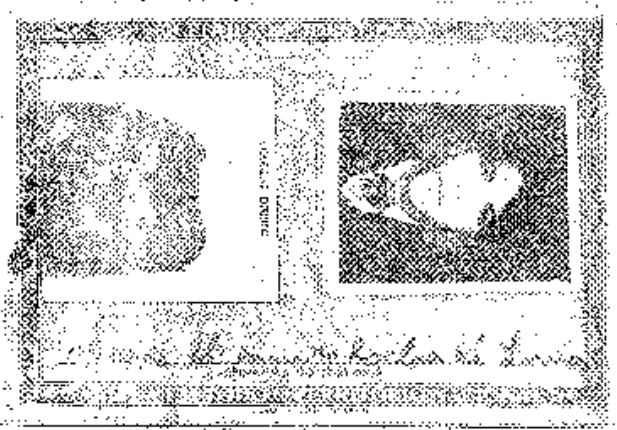
05/08/64.

Manoel Amaro Rocha de Lima.



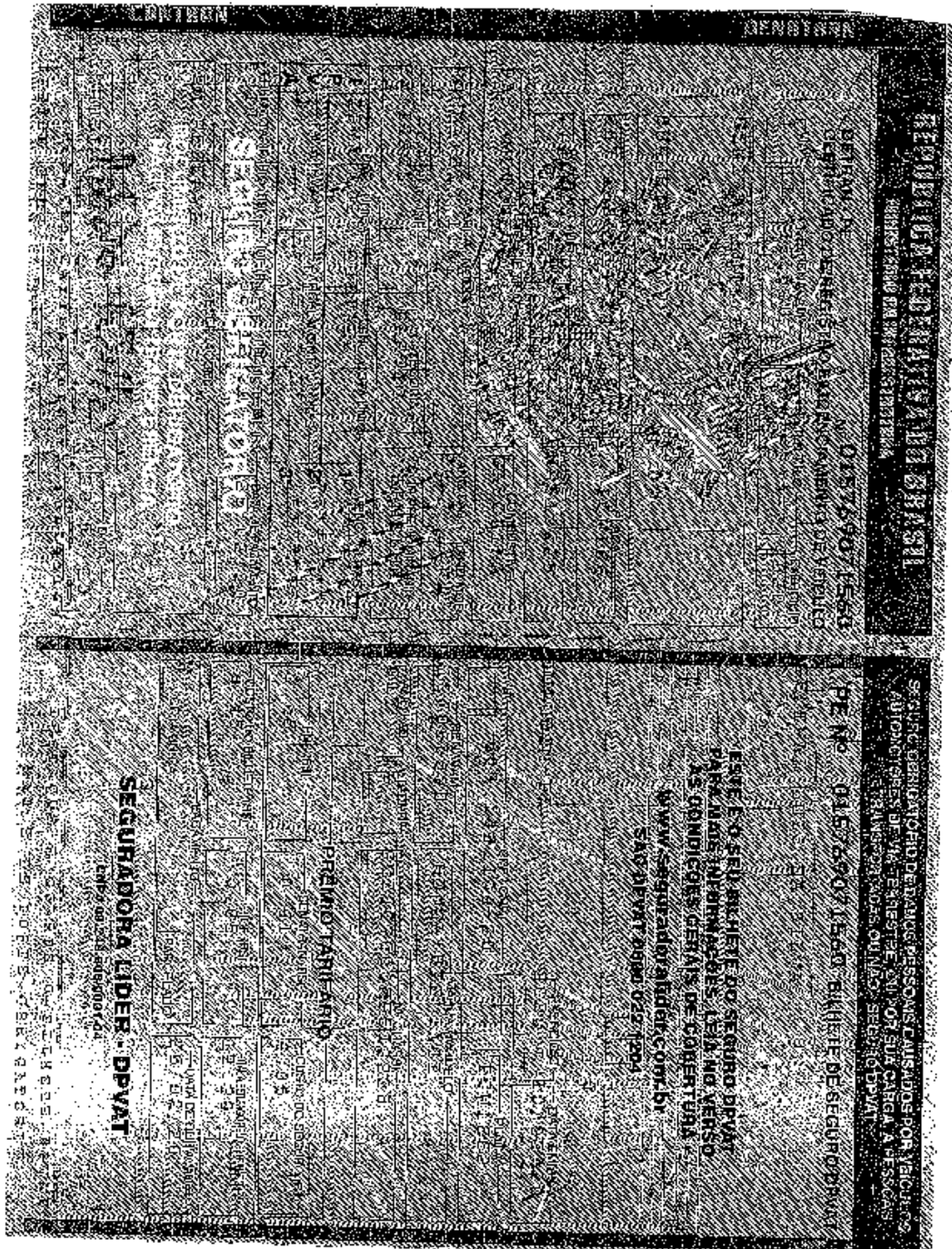


Digitizado com CamScanner



Digitizado com CamScanner





...Informações sobre o veículo

Placa: PCW-1663

Espécie/ Tipo: PAS / MOTONETA

Marca/ Modelo: HONDA/BIZ 110I

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 109

Cor predominante: VERMELHA

Chassi: 9C2JC7000HR513228

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2017

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200280562 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA **Data do acidente:** 23/04/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA (PAG.02.03)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO (PÁGINA 1), DATADO DE 06/08/2020, MACIEL SOARES, CRM: 17728, DESCRREVENDO: "...RETIRADA A IMOBILIZAÇÃO E MANTIDA A FUNÇÃO NORMAL DO MEMBRO."

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220194/20

Vítima: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

CPF: 019.860.044-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/04/2020

Titular do CPF: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA : 019.860.044-57

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: 06/08/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 81 35

Número do pedido DPVAT: **32.00261405** Data da solicitação: **06/08/20**
DD/MM/AA
 Nome do beneficiário: **Mansel Amaro Rocha de Lima** CPF do beneficiário: **019.860.044-**
 Nome do solicitante: CPF do solicitante: **57**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (**81**) **9.9665-0454** Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
DDD DDD DDD
 E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

DISCORDA DA NEGATIVA DISCORDA DO VALOR RECEBIDO DISCORDA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Relatório de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: **Doc. Laudo** - (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito que reanalize esse processo, pois MANGUEL NÃO SE ENCONTRA mais em tratamento, fez todo o tratamento mais ainda se encontra com sequelas não podendo exercer suas ATIVIDADES.

SURUBIM, 06 DE AGOSTO DE 2020.
Local e Data

 Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a cargo)

IMPORTANTE:
 É após de preencher todos os dados, imprimir e formalizar, assinar e entregar no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente ao seu pedido de Seguro DPVAT.
 Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:
 Caso o beneficiário/vítima não tenha condições de alfabetização, iguê e capaz, para preencher a assinatura formalizar o seu pedido (a seu cargo).



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

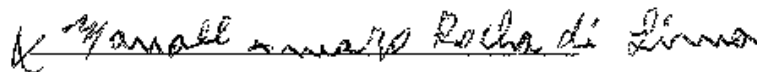
NOME: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: AGRICULTOR
RG: 2.930.589 SSP/PE e CPF: 019.860.044-57
DATA DO ACIDENTE: 23/04/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA
ENDEREÇO: RUA CHÁ DO CORVO, Nº 42, BAIRRO: CHÁ DO MARINHEIRO - SURUBIM -PE - CEP:55.750-000

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO OAB/PE nº 52105
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA MANOEL ALVES DE MOURA, Nº64, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

SURUBIM, 04 DE MAIO DE 2020



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

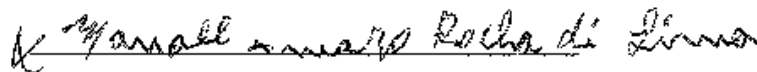
NOME: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: AGRICULTOR
RG: 2.930.589 SSP/PE e CPF: 019.860.044-57
DATA DO ACIDENTE: 23/04/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA
ENDEREÇO: RUA CHÁ DO CORVO, Nº 42, BAIRRO: CHÁ DO MARINHEIRO - SURUBIM -PE - CEP:55.750-000

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO OAB/PE nº 52105
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA MANOEL ALVES DE MOURA, Nº64, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

SURUBIM, 04 DE MAIO DE 2020



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220194/20

Vítima: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

CPF: 019.860.044-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/04/2020

Titular do CPF: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA : 019.860.044-57

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: 06/08/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

