



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	<u>ANEXO 1</u>	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 n° 16012887



Pag. 00153/00154 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 10:34:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012111034410270000070955601>
Número do documento: 2012111034410270000070955601

Núm. 72377477 - Pág. 1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - N° do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
019.860.044-57 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 CHÁ 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): (81) 9.9665-0454

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, restar no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RISCO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (sómente para os bancos abaixo. Avise se não opção)
 Bradesco (237) Itaú (241)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (toda os bancos)

Nome do BANCO: **NUBANK**

AGÊNCIA: **0001**

AGÊNCIA: **0001**

CONTA: **71964709**

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a visualizar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/cumulação do Seguro DPVAT e que eu, tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a eficácia do crédito, quitar 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 5.144/74), uma vez que:

- 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.

Eu sou o preceptor da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação intedida apresentada se for a apresentação do laudo do IML, concordando, desse jeito, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificar se existem e quais lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículos automotivos, conforme a disposta na Lei 5.144/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: solteiro casado (no civil) viúvo separado/divorciado Vítima: 24 - Data da morte 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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: (x) - Vítima deixou filhos vivos: Sim Não 30 - Vítima: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: (x) - Vítima deixou irmãos vivos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/vivos: Sim Não

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

34

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Assinatura da testemunha

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

X manuel amaro rocha de lima

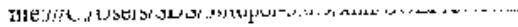
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.001 VOL2/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 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 AABS** - Bairro: -
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **55750-000**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MICHERLAN VEREADOR (AUTOR \ 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 LUIZ 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: MUNICÍPIO DE SURUBIM, 35, RUA PATRÍCIA ARRUDA DA SILVA - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: 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: MUNICÍPIO DE SURUBIM, 42, SITIO CHA DO CORYO - 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 (VEÍCULO) 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



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, COMPARCEU 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-1683; QUE NA GAROURA DA MOTO ESTAVA O SENHOR MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA (TESTEMUNHA); QUE QUANDO ESTAVA TRAFEGANDO NAS PROXIMIDADES DO CLUBE AABB, NA PE/90, A PESSOA CONHECIDA COMO MICHERLAN VEREADOR, SAIU REPENTINAMENTE DIRIGINDO UM VEICULO, ATRAVESSANDO NA FRENTES DA MOTO DA VITIMA; QUE MESMO FREANDO E TENTANDO DESVIAR DO CARRO, NAO 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 LIMEIRO, QUANDO FOI COSENTATADO QUE GENIVAL QUEBROU A TIBIA DA PERNA DIREITA, TENDO MANOEL QUEBRADO O PÉ DIREITO; QUE DIANTE DO OCORRIDO, VEM ATÉ ESTA DELEGACIA REGISTRAR O COEPTEnte BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

José M. Braga da Silva
GENIVAL LUIS DA SILVA

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 (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

7 - N° do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
019.860.044-57 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 CHÁ 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): (81) 9.9665-0454

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, restar no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RISCO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Avise se não opção)
 Bradesco (237) Itaú (241)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **NUBANK**

AGÊNCIA: **0001**

AGÊNCIA: **0001**

CONTA: **71964709**

4

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a visualizar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/cumulação do Seguro DPVAT e que eu, tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a eficácia do crédito, quitar 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 5.144/74), 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.

Eu sou o preceptor da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação inted se apresentada se tiver apresentação do laudo do IML, concordando, desse jeito, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificar se não existem e quais lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a disposta na Lei 5.144/74.

Declaro que esta declaração não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, cujo discurso é seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: solteiro casado (no civil) viúvo separado/divorciado divorciado falecido da vítima óbito da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar se é vítima deixou filhos vivos: Sim Não 30 - Vítima: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar se é vítima deixou irmãos vivos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/vivos: Sim Não

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

34

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

X manuel amaro rocha de lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.001 VOL2/2019

CNPJ 09.769.035/0
INSC EST. N° 18.1



RUA MARQUES DE ANISLAU - NUM. 0005

CEP 59010-000

FONE: (55) 3222-1000

MATRIZ/CLA

END. DA LEITURA:

AVENIDA MARQUES DE LIMA

Nº 130892 - CENTRO - SERRA DA MATA

CEP 59010-000

GRUPO: 1 - AUTOMATICO

LEIT. 30-11-2020

SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL

RESIDENCIAL / COMERCIAL

QUANTIDADE DE 20

TIPO: REA

DATA LEIT. ANTERIOR

06/03/2020

DATA LEIT. ATUAL

06/04/2020

LEIT. ANT: 371 CONSUMO: 0

LEIT. ATU: 371

LEIT. FAT: 372

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

06/03/2020 00

06/04/2020 00

06/05/2020 00

06/06/2020 00

06/07/2020 00

06/08/2020 00

06/09/2020 00

06/10/2020 00

06/11/2020 00

06/12/2020 00

06/01/2021 00

06/02/2021 00

06/03/2021 00

06/04/2021 00

06/05/2021 00

06/06/2021 00

06/07/2021 00

06/08/2021 00

06/09/2021 00

06/10/2021 00

06/11/2021 00

06/12/2021 00

06/01/2022 00

06/02/2022 00

06/03/2022 00

06/04/2022 00

06/05/2022 00

06/06/2022 00

06/07/2022 00

06/08/2022 00

06/09/2022 00

06/10/2022 00

06/11/2022 00

06/12/2022 00

06/01/2023 00

06/02/2023 00

06/03/2023 00

06/04/2023 00

06/05/2023 00

06/06/2023 00

06/07/2023 00

06/08/2023 00

06/09/2023 00

06/10/2023 00

06/11/2023 00

06/12/2023 00

06/01/2024 00

06/02/2024 00

06/03/2024 00

06/04/2024 00

06/05/2024 00

06/06/2024 00

06/07/2024 00

06/08/2024 00

06/09/2024 00

06/10/2024 00

06/11/2024 00

06/12/2024 00

06/01/2025 00

06/02/2025 00

06/03/2025 00

06/04/2025 00

06/05/2025 00

06/06/2025 00

06/07/2025 00

06/08/2025 00

06/09/2025 00

06/10/2025 00

06/11/2025 00

06/12/2025 00

06/01/2026 00

06/02/2026 00

06/03/2026 00

06/04/2026 00

06/05/2026 00

06/06/2026 00

06/07/2026 00

06/08/2026 00

06/09/2026 00

06/10/2026 00

06/11/2026 00

06/12/2026 00

06/01/2027 00

06/02/2027 00

06/03/2027 00

06/04/2027 00

06/05/2027 00

06/06/2027 00

06/07/2027 00

06/08/2027 00

06/09/2027 00

06/10/2027 00

06/11/2027 00

06/12/2027 00

06/01/2028 00

06/02/2028 00

06/03/2028 00

06/04/2028 00

06/05/2028 00

06/06/2028 00

06/07/2028 00

06/08/2028 00

06/09/2028 00

06/10/2028 00

06/11/2028 00

06/12/2028 00

06/01/2029 00

06/02/2029 00

06/03/2029 00

06/04/2029 00

06/05/2029 00

06/06/2029 00

06/07/2029 00

06/08/2029 00

06/09/2029 00

06/10/2029 00

06/11/2029 00

06/12/2029 00

06/01/2030 00

06/02/2030 00

06/03/2030 00

06/04/2030 00

06/05/2030 00

06/06/2030 00

06/07/2030 00

06/08/2030 00

06/09/2030 00

06/10/2030 00

06/11/2030 00

06/12/2030 00

06/01/2031 00

06/02/2031 00

06/03/2031 00

06/04/2031 00

06/05/2031 00

06/06/2031 00

06/07/2031 00

06/08/2031 00

06/09/2031 00

06/10/2031 00

06/11/2031 00

06/12/2031 00

06/01/2032 00

06/02/2032 00

06/03/2032 00

06/04/2032 00

06/05/2032 00

06/06/2032 00

06/07/2032 00

06/08/2032 00

06/09/2032 00

06/10/2032 00

06/11/2032 00

06/12/2032 00

06/01/2033 00

06/02/2033 00

06/03/2033 00

06/04/2033 00

06/05/2033 00

06/06/2033 00

06/07/2033 00

06/08/2033 00

06/09/2033 00

06/10/2033 00

06/11/2033 00

06/12/2033 00

06/01/2034 00

06/02/2034 00

06/03/2034 00

06/04/2034 00

06/05/2034 00

06/06/2034 00

06/07/2034 00

06/08/2034 00

06/09/2034 00

06/10/2034 00

06/11/2034 00

06/12/2034 00

06/01/2035 00

06/02/2035 00

06/03/2035 00

06/04/2035 00

06/05/2035 00

06/06/2035 00

06/07/2035 00

06/08/2035 00

06/09/2035 00

06/10/2035 00

06/11/2035 00

06/12/2035 00

06/01/2036 00

06/02/2036 00

06/03/2036 00

06/04/2036 00

06/05/2036 00

06/06/2036 00

06/07/2036 00

06/08/2036 00

06/09/2036 00

06/10/2036 00

06/11/2036 00

06/12/2036 00

06/01/2037 00

06/02/2037 00

06/03/2037 00

06/04/2037 00

06/05/2037 00

06/06/2037 00

06/07/2037 00

06/08/2037 00

06/09/2037 00</



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 3221204 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=29636>

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 falsa 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 resseguro.

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 EDUARDO JOSÉ DE ALFERNANDES, inscrito (a) no CPF 574.940.534-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MANCÉL AMARO ROCHA DE LIMA, inscrito (a) no CPF sob o N° 019.860.044-57, do sinistro de DPVAT cobertura TAUÁ/LADEZ, da Vítima MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA, inscrito (a) no CPF sob o N° 019.860.044-57, 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 à 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	Número	Complemento	
RUA MANCÉL ALVES DE MOURA	64	0.000	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SURUBIM	PE	55.750-000

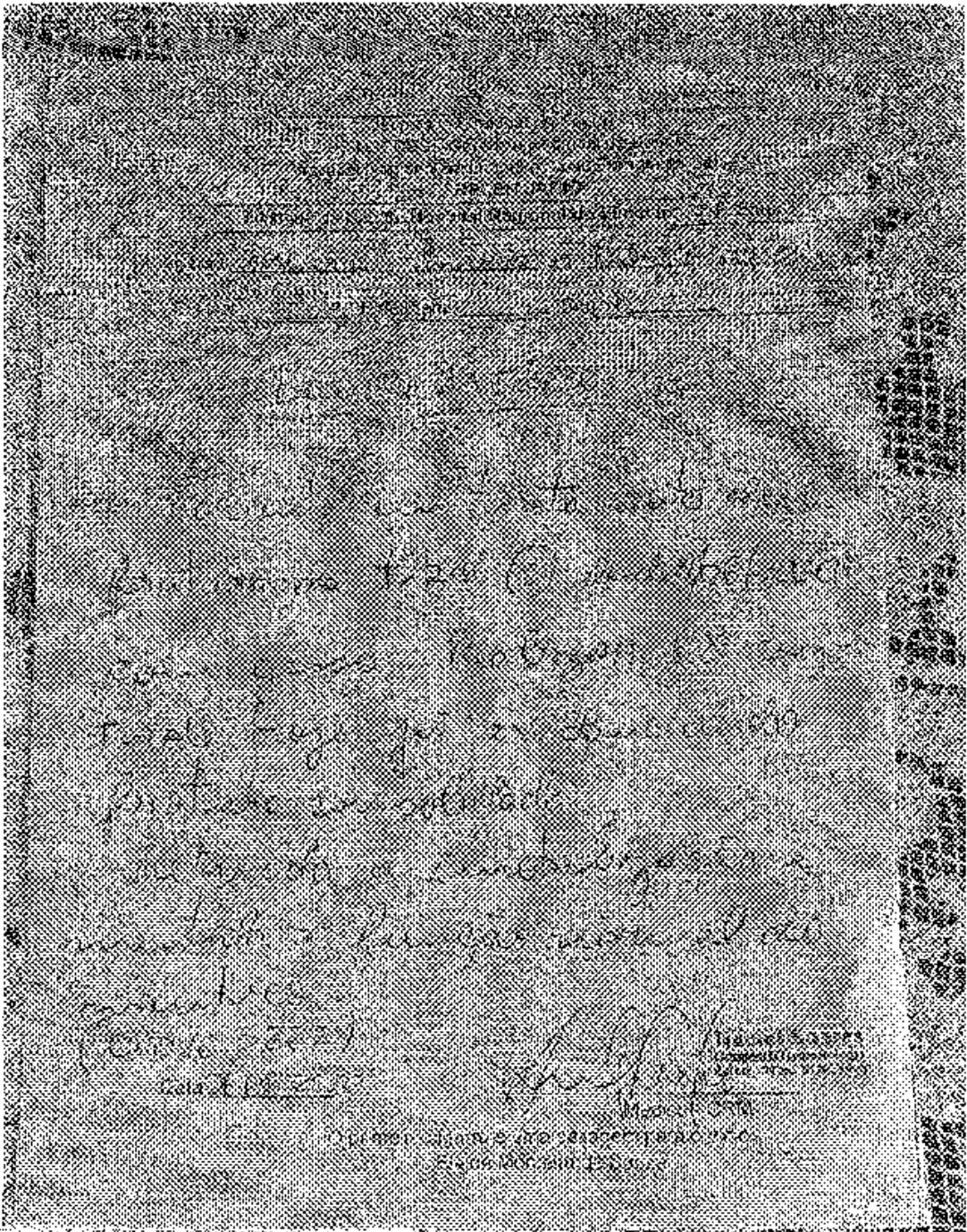
fone: _____ Telefone comercial(DDD): _____ Telefone celular(DD): _____
(81) 9.9665-0454 (81) 9.8133-5022

SURUBIM, 02 de JUNHO de 2020.

Local e Data

Assinatura do Declarante

BLDRL001_VN01_2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 10:34:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110344102700000070955601>
Número do documento: 20121110344102700000070955601

Num. 72377477 - Pág. 9



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 Olivia Cabral
Adriana Olivia Cabral
Funcionária Encarregada



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 10:34:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110344102700000070955601>
Número do documento: 20121110344102700000070955601

Num. 72377477 - Pág. 10

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 Ribeiro de Lima

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Reg. N° _____

Laudo Médico - INSS

Paciente vítima de acidente com motocicleta dia 23/04/2020 apresentando fratura de fisura da fibula tratada desde então c/ gesso.

Necessita permanecer afastado de suas atividades por 120 (cento e vinte) dias

(CID 10 S82.2)

Data 07/05/2020

Médico - CRM

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

Digitalizado com CamScanner



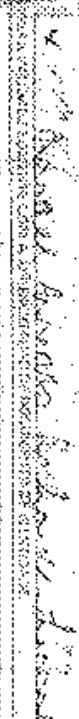


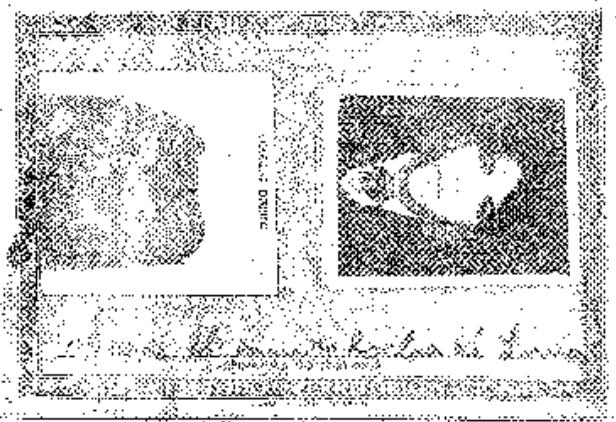
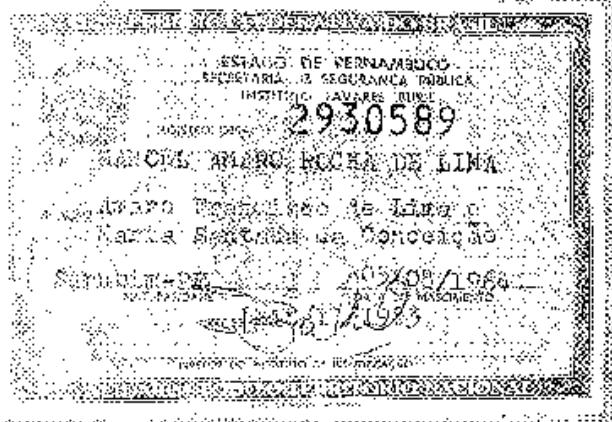
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 10:34:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110344102700000070955601>
Número do documento: 20121110344102700000070955601

Num. 72377477 - Pág. 13

Digitalizado com CamScanner

029	880	044	57	28	72*
Renato Amaro Ribeiro Filho.					
05/08/64					





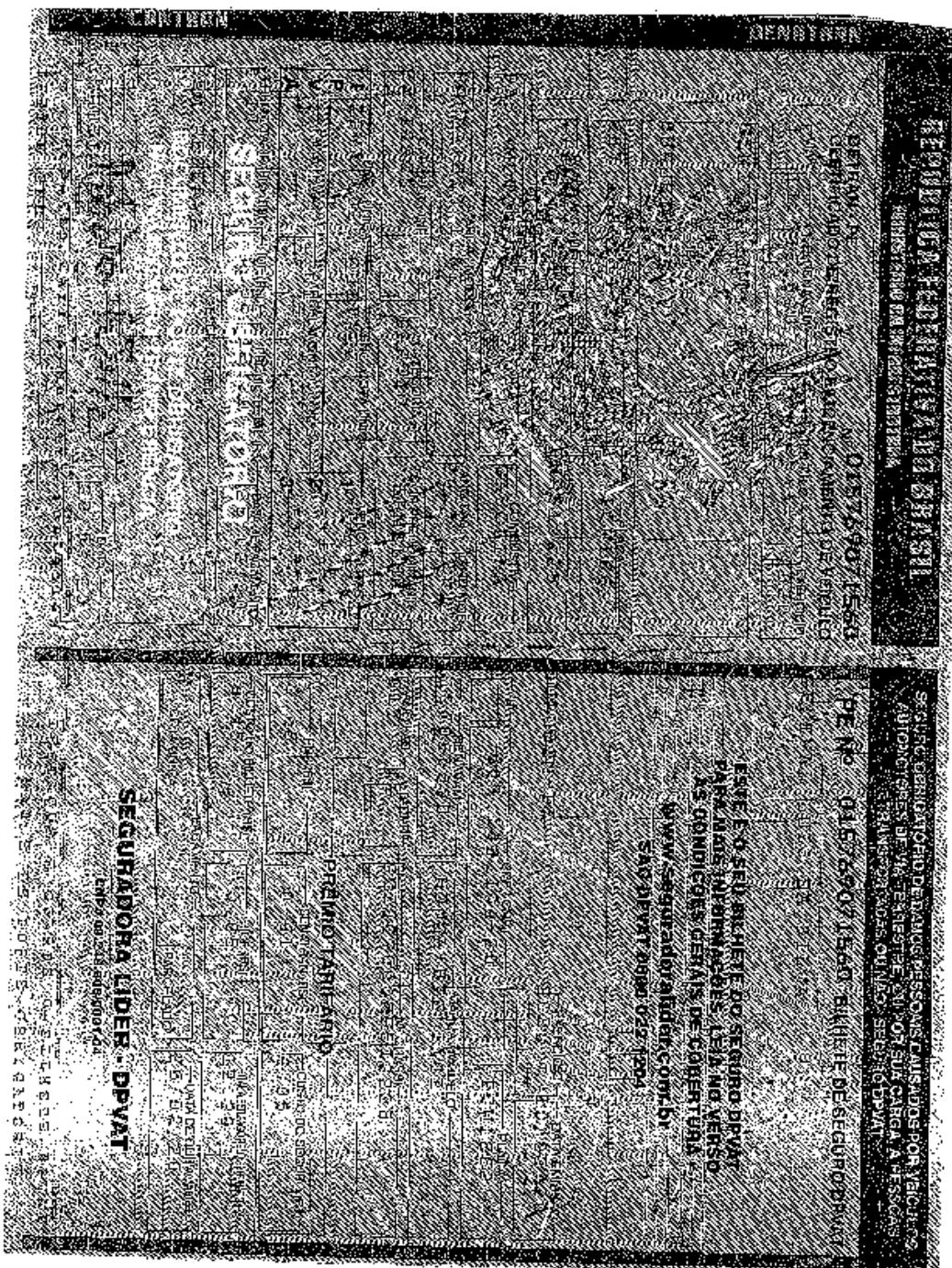
Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 10:34:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110344102700000070955601>
Número do documento: 20121110344102700000070955601

Num. 72377477 - Pág. 15



...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, DESCREVENDO: "...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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 06/08/2020

Data do cadastramento: 06/08/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

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 os seguintes números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8188 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 51 35

Número do pedido DPVAT: 32 00261405

Data da solicitação: 06/08/20
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Manoel Limaro 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: (81) 3000-0000

Tel. Residencial: (81) 3000-0000

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PÉDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

NÃO

SIM, informe qual(s) documento(s) estão sendo anexados:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notes fiscais complementares
- Outros: *Oec. Lourado*

(descrever)

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

Solicito que reanalice esse processo, pois MANOEL 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.

Luzete Dalla
Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprime e lembre-se, assine e entregue no mesmo ponto de atend. Liso em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

O beneficiário/vítimo não alfabetizado:

Quando o beneficiário/vítimo não souber preencher os campos de sua cegueira, alfabetizar, ouvir e capacar para gravar sobre o formulário, o seu pedido é seu rogo.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

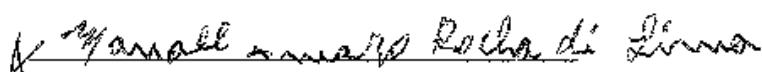
NOME: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: AGRICULTOR
RG: 2.930.589 SSP/PE e CPF: 019.860.044-57
DATA DO ACIDENTE: 23/04/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA
ENDEREÇO: RUA CHÁ DO CORVO, Nº 42, BAIRRO: CHÁ DO MARINHEIRO - SURUBIM -PE - CEP:55.750-000

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 CONSTITUI 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

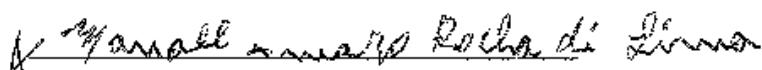
NOME: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: AGRICULTOR
RG: 2.930.589 SSP/PE e CPF: 019.860.044-57
DATA DO ACIDENTE: 23/04/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA
ENDEREÇO: RUA CHÁ DO CORVO, Nº 42, BAIRRO: CHÁ DO MARINHEIRO - SURUBIM -PE - CEP:55.750-000

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 CONSTITUI 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/04/2020

Titular do CPF: MANOEL AMARO ROCHA DE LIMA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 06/08/2020

Data do cadastramento: 06/08/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

