



Número: **0024628-55.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **23/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDUARDO ROSA SILVA DE LIMA (AUTOR)	ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47686 208	11/07/2019 11:26	<u>2609893_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00246285520198172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDUARDO ROSA SILVA DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 9 de julho de 2019.

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 - 11/07/2019 11:26:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071111262813000000046957938>
Número do documento: 19071111262813000000046957938

Num. 47686208 - Pág. 1

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 - 11/07/2019 11:26:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071111262813000000046957938>
Número do documento: 19071111262813000000046957938

Num. 47686208 - Pág. 2



Número: **0024628-55.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **23/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDUARDO ROSA SILVA DE LIMA (AUTOR)	ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
47686 207	11/07/2019 11:26	<u>ANEXO 1</u>

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **EDUARDO ROSA SILVA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180454816**

Vitima: **EDUARDO ROSA SILVA DE LIMA**

Data do Acidente: **19/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180454816**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 00557/00558 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13459463



Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **EDUARDO ROSA SILVA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180454816**
Vitima: **EDUARDO ROSA SILVA DE LIMA**
Data do Acidente: **19/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180454816**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13422237





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

757352864-00

Nome completo da vítima

EDUARDO ROSA SILVA DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EDUARDO ROSA SILVA DE LIMA	CPF titular da conta 757352864-00	Profissão NECUSA
Endereço FRANCISCO LEOPOLDINO	Número 418	Complemento
Bairro SITIO ANEINHA	Cidade CAMARAOIBE	Estado PE
Email	Telefone (DDD) (83)997679839	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 0678	D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 69890 2	D/V _____ (Informar dígito se existir)
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
AGÊNCIA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	D/V _____ (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RECIFE , 27 de SETEMBRO de 2018 **ARUANA SEGUROS**
Local e Data **28 SET 2018**

Eduardo R. S. de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/07/2019 11:26:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071111262805100000046957937>

Num. 47686207 - Pág. 3

Número do documento: 19071111262805100000046957937

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 04/07/2018

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERÍODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 0678 CIDADE UNIVERSITARIA OPER: 013 CONTA: 69.890-2
PERÍODO: 04072018 ATE: 04072018 CPF: 717.352.864-00
NOME: EDUARDO ROSA SILVA DE LIM VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV NR.DOC HISTORICO T A X A V A L O R S A L D O

SALDO EM 03/07/2018 R\$ 0,00
F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG. H4B51725
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR

ARUANA SEGUROS

28 SET 2018



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDUARDO ROSA SILVA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00678

CONTA: 000000069890-2

Nr. da Autenticação 5088FFB96415F0E4



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/07/2019 11:26:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071111262805100000046957937>
Número do documento: 19071111262805100000046957937

Num. 47686207 - Pág. 5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180454816 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO ROSA SILVA DE LIMA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 09/11/2018, EMITIDO PELO DR. BRENO AVELAR, CRM-PE No. 42626.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

