



Número: **0031036-62.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SANDRO JOSE GONCALVES DE LIMA (AUTOR)	JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47636 667	10/07/2019 13:54	<u>2612712_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00310366220198172001

TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A, 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 **SANDRO JOSE GONCALVES DE LIMA**, em trâmite perante este Duto 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, 8 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 - 10/07/2019 13:54:42
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071013544238800000046909199>
Número do documento: 19071013544238800000046909199

Num. 47636667 - Pág. 1



Número: **0031036-62.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SANDRO JOSE GONCALVES DE LIMA (AUTOR)	JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47636 666	10/07/2019 13:54	<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, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190259884 **Vítima: SANDRO JOSE GONCALVES DE LIMA**

Data do Acidente: 28/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDRO JOSE GONCALVES 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, contatos 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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE NENHUMA

Nº do Registro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	048.307.194-35	Sandro José Gonçalves da Reina	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Sandro José Gonçalves da Reina		048.307.194-35	
Profissão:	Endereço:	Número:	
Quic. Produção	Xentada de mega s	48	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Recreiano	Ipema	PE	55900-000
E-mail:		Te. (DDD):	91 326-3771

ANDRE CONTEAIS

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

RENDIMENTO: **RENUCO INFORMAR** **ATÉ R\$1.000,00** **R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00** **R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00**
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (apenas para os bancos abaixo. Adicione uma opção)

- Bradesco (237)
- Itaú (341)
- Banco do Brasil (001)
- Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (trânsitos bancários)

Noite do BANCO:

<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0174	CONTA: 16359	0
(Informar o dígito se exigir)	(Informar o dígito se exigir)	

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 a validação do Seguro DÓVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indemnização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica, o remanescente direito de contestá-la caso discordar do seu conteúdo.

* VALORES REFERENCIAIS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Declarado Encarcerado Sancionado judicialmente Viuva Data do óbito da vítima:

111

Se o utilizador fornecer nome e apelido, informar o nome completo:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sem Não

Sim Não Vítima deitou Sim Não Vítima deitou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indemnização do Seguro DPVAT por morte aequales beneficiários que se apresentarem a provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da multa prevista no artigo 764 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PE 04.04.2018
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____ 05.802.494/0001-41
_____ TRAÇÃO CORRETORA
_____ S.A.C. LTDA.

(*) Assinatura de quem assina A FOGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiária não alfabetizada deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 ABR 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE/PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2019 13:54:42
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071013544228200000046909198>
Número do documento: 19071013544228200000046909198

Num. 47636666 - Pág. 3

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190259884
Nome do(a) Examinado(a): Sandro Jose Goncalves de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Entrada de Megao, 48
Tejucupao Goiana PE CEP: 55900-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 6615398
Data local do acidente: [28/12/2018]
Data local do exame: [15/04/2019] Goiana [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA ESCAPULA DIREITA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 28/12/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA ESCAPULA DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPOIA EM HEMI J POR 30 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO POSTERIOR DO CORPO DA ESCAPULA

Data da Alta: 28/12/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DO OMBRO DIREITO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 25°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO POSTERIOR DO CORPO DA ESCAPULA, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA GRAU I, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 10°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 25°.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 25°

DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°

DEFÍCIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA GRAU I

DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 10°

DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 25°.

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Tiago Martins Formiga

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM



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: 24/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRO JOSE GONCALVES DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000016358-0

Nr. da Autenticação B1323D3D5F2D98D0



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2019 13:54:42
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071013544228200000046909198>
Número do documento: 19071013544228200000046909198

Num. 47636666 - Pág. 5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190259884 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO JOSE GONCALVES DE LIMA **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA ESCAPULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @9 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

