

	<p>Protocolo Nº 20190701161804306</p> <p>Sua solicitação foi enviada à 1ª Vara Cível de Itabaiana da Comarca de ITABAIANA em 01/07/2019 16:18 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</p>
---	---

DADOS DO PROTOCOLO

Tipo de Protocolo: PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

Processo: 201952000743

Classe: Procedimento Comum

Dados do Processo Origem		
Número 201952000743	Classe Procedimento Comum	Competência 1ª Vara Cível de Itabaiana
Guia Inicial 201910202026	Situação ANDAMENTO	Distribuido Em: 17/05/2019

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	08600093511	IURY ALMEIDA DE JESUS
Requerido	09248608000104	SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Anexos		
	Nome	Tipo
1	2610751_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.pdf	Petição
2	2610751_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01.pdf	Outros documentos

ATENÇÃO!

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

Imprimir



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE ITABAIANA/SE

Processo: 201952000743

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **IURY ALMEIDA DE JESUS**, 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,

ITABAIANA, 28 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A

KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
2592 - OAB/SE

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190033790

Vítima: IURY ALMEIDA DE JESUS

Data do Acidente: 18/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IURY ALMEIDA DE JESUS

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

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190033790

Vítima: IURY ALMEIDA DE JESUS

Data do Acidente: 18/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IURY ALMEIDA DE JESUS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: IURY ALMEIDA DE JESUS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000002261

Conta: 000000011677-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 001549619	CPF da vítima: 086.000.935-11	Nome completo da vítima: Jury Almeida de Jesus
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Jury Almeida de Jesus		CPF: 086.000.935-11
Profissão: sem profissão	Endereço: Rua Janga Adalberto Nogueira	Número: 35 Complemento:
Bairro: São Cristóvão	Cidade: Itaboraia	Estado: SE CEP: 49500-457
E-mail:		Tel.(DDD): (29) 30237644

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2261	CONTA: 00011677	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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 ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **Itaboraia/SE, 19/02/19**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jury Almeida de Jesus
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2º Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190033790

Cidade: Itabaiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IURY ALMEIDA DE JESUS

Data do acidente: 18/06/2018

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE DIÁFISE MEDIAL DO FÊMUR E FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA À DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM AUXÍLIO DE MULETAS CANADENSE, PERICIADO EM USO DE ÓRTESE TIPO ESTABILIZADOR DE JOELHO, DEPOIS DE RETIRADO EVIDENCIAMOS FORÇA MUSCULAR DA COXA, PERNA E PÉ DIMINUÍDA (+/5+), CICATRIZ CIRÚRGICA LINEAR NA COXA E PERNA E NUMULARES NA PERNA, JOELHO EM GENO VOLGO, ATROFIA MUSCULAR DIFUSA E SEVERA, DOR E BLOQUEIO SEVERO NO QUADRIL E TOTAL NO JOELHO E TORNOZELO, EDEMA NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E TORNOZELO, PERDA TOTAL DOS MOVIMENTOS DO JOELHO, TORNOZELO E PÉ, PÉ EM HIPEREXTENSÃO CONTINUA COM PERDA DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO. MEMBRO INFERIOR DIREITO APROXIMADAMENTE 04 CM MENOR QUE O ESQUERDO

Resultados terapêuticos: PERICIADO VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 18/06/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 08/07/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE FÊMUR COM PLACA E PARAFUSOS, COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO NA TÍBIA, EM 2º TEMPO FOI REALIZADO OSTEOSÍNTESE DE TÍBIA COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: DANOS COMO DESCRITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/01/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM PARÂMETROS TÉCNICOS, AVALIAÇÃO DA DESCRIÇÃO CLÍNICA E DOCUMENTAL PAGO DANO MID 50%

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00