



Número: **0000067-65.2019.8.17.2130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Agrestina**

Última distribuição : **16/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JARDIEL GEORGE DA SILVA (AUTOR)	KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47678 410	11/07/2019 10:07	<a href="#">2614092_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF</a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE AGRESTINA/PE**

**Processo:** 00000676520198172130

**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 **JARDIEL GEORGE DA SILVA**, 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,

AGRESTINA, 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/07/2019 10:07:14  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071110071397000000046950390>  
Número do documento: 19071110071397000000046950390

Num. 47678410 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/07/2019 10:07:14  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071110071397000000046950390>  
Número do documento: 19071110071397000000046950390

Num. 47678410 - Pág. 2



Número: **0000067-65.2019.8.17.2130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Agrestina**

Última distribuição : **16/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JARDIEL GEORGE DA SILVA (AUTOR)	KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47678 412	11/07/2019 10:07	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)

---

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JARDIEL GEORGE DA SILVA**

Sinistro: **3180357775**  
Vítima: **JARDIEL GEORGE DA SILVA**  
Data do Acidente: **09/12/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180357775** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180357775

Vítima: JARDIEL GEORGE DA SILVA

Data do Acidente: 09/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JARDIEL GEORGE DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JARDIEL GEORGE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180357775**  
Vitima: **JARDIEL GEORGE DA SILVA**  
Data do Acidente: **09/12/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180357775**.

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.seguradoraslider.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 13191353



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JARDIEL GEORGE DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180357775**  
Vitima: **JARDIEL GEORGE DA SILVA**  
Data do Acidente: **09/12/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180357775**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 00905/00906 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050453  


A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS 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.

Carta nº 13197170

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/07/2019 10:07:14  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071110071406900000046950392>  
Número do documento: 19071110071406900000046950392

Num. 47678412 - Pág. 4



**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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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 Nome completo da vítima  
091 849 484-26 Jordiel George da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO - BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo		Jardiel George da Silva	CPF titular da conta	091 849 484-26	Profissão	Autônomo	
Endereço	Rua: Tomé Góis Vão		Número	269	Complemento	Casa	
Bairro	Centro	Cidade	Aspásia	Estado	PE	CEP	55495-000
Email	Rox.Silva.Pereira@hotmail.com					Telefone (DDD)	(81) 99285-3008

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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (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 type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
<b>AGÊNCIA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>		<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>	
(Informar dígito se existir)			
<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) <b>BANCO</b> Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/>			
Bradesco 237			
<b>AGÊNCIA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>		<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>	
03231 (Informar dígito se existir)			
00000000392869 (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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

bananeira . 11 de julho de 2018

JANUARY 2008/09 DE SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 3 - Assinatura do Representante Legal

EAPPE 001 V001/2017



MUNDO VIRTUOSI. DESENVOLVIMENTO EM C. LTDA  
RUA PADRE MANOEL ZACARIAS, 29  
Term. Net-Iso 00026190 Data 22/05/2018  
Correspondente do Banco Bradesco

Proposta de Pre-abertura de Conta

Ag. Relac.: 03211 - CARUARU-CTO  
PACB : 146 - CR SALAS DE ACESSO A  
INTERNET

Agencia : 03211-CARUARU-CTO  
Conta : 000000029286 9  
Nome : JARDIEL GEORGE DA SILVA  
Data : 22/05/2018  
Modalidade: 00

Tipo Pessoa: Fisica  
Tipo Conta : Conta Corrente

Adesao ao Programa de Beneficios: S

NSU BANCO: 029253013542  
HORA : 10:56:30

Sujeito a Confirmacao do Banco

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 222 9933

ARUANA SEGUROS

03 AGO 2013



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JARDIEL GEORGE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03211-5

CONTA: 000000029286-9

---

Nr. Autenticação  
BRADESCO121120180500000000002370321100000002928633750 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/07/2019 10:07:14  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071110071406900000046950392>  
Número do documento: 19071110071406900000046950392

Num. 47678412 - Pág. 7

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180357775      **Cidade:** Agrestina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JARDIEL GEORGE DA SILVA      **Data do acidente:** 09/12/2017      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE DIÁFISE DA TIBIA ESQUERDA  
FRATURA DE QUINTO ARTELHO DO PÉ ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** ARCO DE MOVIMENTO PRESERVADO EM JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, SEM DEFORMIDADE E COM TROFISMO MUSCULAR, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA  
DOR E LIMITAÇÃO DE EXTENSÃO DO DEDO DO PÉ , ALINHAMENTO PRESERVADO

**Resultados terapêuticos:** RADIOGRAFIA DA Perna evidencia Fratura de Diáfise de Tibia CONSOLIDADA  
RADIOGRAFI AMOSTRA Fratura CONSOLIDADA DE ARTELHO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 05/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** SEM SEQUELAS ANATOMICAS OU FUNCIONAIS NA FRATURA DA PERNAS ESQUERDA

**Médico examinador:** Jackson Jose Florencio Junior

**CRM do médico:** 18573

**UF do CRM do médico:** PE

### 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

