

	<p>Protocolo Nº 20190715123202619</p> <p>Sua solicitação foi enviada à Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito da Comarca de ARACAJU em 15/07/2019 00:32 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</p>
--	---

DADOS DO PROTOCOLO**Tipo de Protocolo:** PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições**Processo:** 201940600579**Classe:** Procedimento Comum

Dados do Processo Origem			
Número 201940600579	Classe Procedimento Comum	Competência Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito	
Guia Inicial 201910040910	Situação ANDAMENTO	Distribuido Em: 22/04/2019	

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	06029421522	VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS
Requerido	09248608000104	SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Anexos		
	Nome	Tipo
1	2614884_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.pdf	Petição
2	2614884_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 DO UNICA - VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO VADT DA COMARCA DE ARACAJU/SE

Processo: 2019406005479

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 **VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS**, 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,

ARACAJU, 11 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A**

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
2592 - OAB/SE**

Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2017

Carta nº: 11568709

A/C: VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170467839 ASL-0329638/17

Vitima: VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS

Data Acidente: 03/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2017

Carta n°: 11660351

A/C: VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS

Sinistro: 3170467839 ASL-0329638/17
Vitima: VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS
Data Acidente: 03/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000561

Conta: 00000126978-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINIS



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

24 AGO 2017

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, VALTERIANO DE OLIVEIRA SANTOSPORTADOR(A) DO RG Nº 3.467.254-0 EXPEDIDO POR SSP/SC EM 07/03/2017CPF 020219205-22 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA VALTERIANO DE OLIVEIRA SANTOS. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0563 N° da CONTA (com dígito, se existir) 326 773-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0563 N° da CONTA (com dígito, se existir) 326 773-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

STRABIANA - 11 de AGO 2017 Valterian de oliveira Santos
SF LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

24 AGO 2017



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: 12/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 00000126978-2

Nr. da Autenticação 2D66CF7E1EB00BE8

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170467839 Cidade: Itabaiana Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS Data do acidente: 03/10/2016 Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA MEMBRO INFERIOR DIREITO, OTORRAGIA À DIREITA

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME PERICIAL

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: LAERTE FELIX DE MATTOS

CRM do médico: 52.34636-3

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170467839 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 03/10/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA ABERTA E FRAGMENTADA DA TÍBIA E DA FÍBULA, À DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR. AO EXAME FÍSICO APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETAS. PRESENÇA DE CICATRIZES CIRÚRGICAS NUMULARES NA FACE LATERAL E ANTERIOR DA Perna, TÍBIA ARQUEADA, TUMORAÇÃO DE MODERADO VOLUME NA DIÁFISE PROXIMAL E DISTAL DA TÍBIA (CALOS ÓSSEOS), HIPOTROFIA MUSCULAR SEVERA, FORÇA MUSCULAR DA Perna E DO PÉ DIMINUÍDAS, EDEMA E RIGIDEZ NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, PERDA TOTAL DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E PARCIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO HOMOLATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR 06 MESES. EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL. ADMITIDO NO HOSPITAL EM 03/10/2016 E RECEBEU ALTA NO DIA 11/10/2016.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Manoel Otacilio Nascimento Junior

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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

PRESTADOR

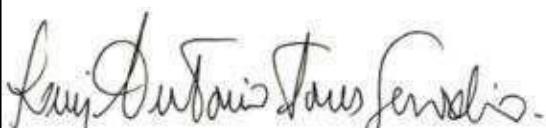
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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

Nome do(a) Examinado(a): **VALTEVAN DE OLIVEIRA SANTOS** Sinistro: **3170467839** Data: **03/10/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **POVOADO MATAPOA, S/N - AREA RURAL - Itabaiana - SE - CEP 49500-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **3.467.254-0**

Data local do exame: [**06/09/2017**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA ABERTA E FRAGMENTADA DA TÍBIA E DA FÍBULA, À DIREITA. A VÍTIMA REFERE DOR. AO EXAME FÍSICO APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE (+++/++) COM APOIO DE MULETAS. PRESENÇA DE CICATRIZES CIRÚRGICAS NUMULARES NA FACE LATERAL E ANTERIOR DA Perna, TÍBIA ARQUEADA, TUMORAÇÃO DE MODERADO VOLUME NA DIÁFISE PROXIMAL E DISTAL DA TÍBIA (CALOS ÓSSEOS), HIPOTROFIA MUSCULAR SEVERA, FORÇA MUSCULAR DA Perna E DO PÉ DIMINUIDAS, EDEMA E RIGIDEZ NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, PERDA TOTAL DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E PARCIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO HOMOLATERAL.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR 06 MESES. EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL. ADMITIDO NO HOSPITAL EM 03/10/2016 E RECEBEU ALTA NO DIA 11/10/2016.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro inferior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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

Manoel Otacílio Nascimento Júnior
NOME: Manoel Otacílio Nascimento Júnior

CRM: 1827 SERGIPE