



Número: **0023579-76.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ADEILSON VIEIRA DA SILVA (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
47675 274	11/07/2019 09:32	<a href="#">2618616_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF</a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 29ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo:** 00235797620198172001

**TOKIO MARINE 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 **ADEILSON VIEIRA 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,

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/07/2019 09:32:56  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071109325670900000046947254>  
Número do documento: 19071109325670900000046947254

Num. 47675274 - 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 09:32:56  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071109325670900000046947254>  
Número do documento: 19071109325670900000046947254

Num. 47675274 - Pág. 2



Número: **0023579-76.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ADEILSON VIEIRA DA SILVA (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
47675 273	11/07/2019 09:32	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ADEILSON VIEIRA DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180361615**  
Vitima: **ADEILSON VIEIRA DA SILVA**  
Data do Acidente: **02/05/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180361615**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE 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](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**

Carta nº 13210109

Pag. 00741/00742 - carta\_03 - INVALIDEZ



00050371





Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ADEILSON VIEIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180361615**  
Vitima: **ADEILSON VIEIRA DA SILVA**  
Data do Acidente: **02/05/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180361615**.

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 13206628

Pag. 00721/00722 - carta\_01 - INVALIDEZ





## 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	Nome completo da vítima
	708.334.284-97	Adelison Vieira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Adelison Vieira da Silva	708.334.284-97	Serv. Gerais	
Endereço	Número	Complemento	
Sítio Paguenha João Paulo II	676	Casa	
Bairro	Estado	CEP	
Zona Rural	PE	55865-000	
Email	Telefone (DDD)		
mejarrorria@gmail.com	(81)99933-7212	(81)99113-7889	

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 checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome	
AGÊNCIA N.R.O.	D/V	AGÊNCIA N.R.O.	D/V
2257	8	19.021	+
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
Local e Data			
06 AGO 2018			

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.

Timbaúba, 30 de julho de 2018

Local e Data

Adelison Vieira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
30/07/2018 AUTO-ATENDIMENTO 14.27.07  
044600446 009

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

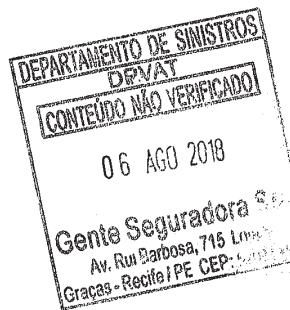
AGENCIA: 0446-4 CONTA: 39.694-X  
CLIENTE: AYANE KARLA GUEDES PEREIR

FAVORECIDO

AGENCIA: 2257-8 CONTA: 19.021-7 VAR: 51  
CLIENTE: ADEILSON VIEIRA DA SILVA  
VALOR: 2,00

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão  
disciplinados pela Lei 12.703.



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ADEILSON VIEIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02257-8

CONTA: 000010019021-9

---

Nr. da Autenticação 8EA7DECED2C5F231



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/07/2019 09:32:56  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071109325661100000046947253>  
Número do documento: 19071109325661100000046947253

Num. 47675273 - Pág. 5

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180361615 Cidade: Macaparana Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ADEILSON VIEIRA DA SILVA Data do acidente: 02/05/2018 Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 1º E 2º METATAROS DO PÉ DIREITO, COM LESÃO LIGAMENTAR DO MÉDIO PÉ.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (1º METATARSO: FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSO; 2º METATARSO: FIXAÇÃO COM FIO K INTRAMEDULAR; REPARO CAPSULO LIGAMENTAR TARSO-METATÁRSICO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

### ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

