



Número: **0032047-53.2019.8.17.8201**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **10º Juizado Especial Cível e das Relações de Consumo da Capital - Turno Tarde - 13:00h às 19:00h**

Última distribuição : **09/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro, Obrigação de Fazer / Não Fazer**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MAXIMIANO ARAUJO PEREIRA DA SILVA (DEMANDANTE)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (DEMANDADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47567 993	09/07/2019 12:28	Petição Inicial	Petição Inicial
47568 436	09/07/2019 12:28	LAUDO-2	Documento de Comprovação
47568 437	09/07/2019 12:28	FISIOTERAPIA-GUIA	Documento de Comprovação
47568 439	09/07/2019 12:28	LAUDO-1	Documento de Comprovação
47568 440	09/07/2019 12:28	ATESTADO-MÉDICO-UPA	Documento de Comprovação
47568 441	09/07/2019 12:28	CNH-AUTOR	Documento de Identificação
47568 443	09/07/2019 12:28	BOLETIM DE OCORRENCIA	Documento de Comprovação
47568 444	09/07/2019 12:28	ATESTADO-MÉDICO-UPA (2)	Documento de Comprovação
47568 445	09/07/2019 12:28	SEGURADORA-INDEFERIMENTO	Documento de Comprovação



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

DEMANDANTE: MAXIMIANO ARAUJO PEREIRA DA SILVA

Nome: MAXIMIANO ARAUJO PEREIRA DA SILVA
Endereço: R CATUMÉ, 105, casa, BONJI, RECIFE - PE - CEP: 50751-550

DEMANDADO: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT
Endereço: AV ALMIRANTE BARROSO, CEP 20.031-205, Rua Senador Dantas, N 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - R J - CEP: 20031-000

FATO-PEDIDO

AO Senhor MAXIMIANO ARAUJO PEREIRA DA SILVA, CPF052.245.444-59, declara que foi proprietário do veículo MOTO, PLACA – KGM9559, e que em 12/05/2017, sofreu acidente grave, quando a conduzia, e foi socorrido na UPA –Imbiribeira-Recife-PE, e registrou Boletim de Ocorrência número 17E2085000028, de 05/07/2017, e solicitou cobertura do DPVAT, através a SEGURADORA LIDER, CNPJ-092.486.080.0001-04, empresa ré, o que lhe foi negado; e o demandante, por se sentir prejudicado, decidiu procurar este poder judiciário em busca de solução.

D i a n t e d o e x p o s t o , r e q u e r :

1. Que, a SEGURADORA LIDER, CNPJ-092.486.080.0001-04, empresa ré, seja condenada, em juízo, a pagar ao autor o PREMIO DO SEGURO DPVAT, ao qual faz jus, por acidente sofrido em 12/05/2017, conduzia veículo MOTO, PLACA – KGM9559 de sua propriedade, e que esse valor seja devidamente corrigido pela Tabela Encoje, a partir da data de requerimento; através da obrigação de fazer, sob pena de multa pecuniária diária, a ser arbitrada por esse MM. Juiz. e seja condenada ainda a pagar ao demandante indenização no valor de R\$7.000,00, pro DANOS MORAIS.

2. A i n v e r s ã o d o ô n u s d a p r o v a ;

3. A citação da parte demandada, para comparecer à audiência a ser designada, e oferecer contestação, sob pena de não o fazendo, serem considerados verdadeiros os fatos alegados;

Apoiada em sua narrativa e nos meios de prova que coleciona aos autos, pede o devido acolhimento aos pedidos formulados nesta i n i c i a l .

N e s s e s t e r m o s , p e d e d e f e r i m e n t o .

Dá-se à causa, para efeitos fiscais, o importe de R\$7.000,00, com os acréscimos legais assegurados em lei.



Lida a queixa, a parte demandante reiterou a veracidade das informações prestadas e concordou com o inteiro teor da narrativa registrada por esta Servidora Judiciária.

O(s) Demandante(s), por si ou por seu(s) advogado(s), declara(m) aprovar o texto supra, ficando ciente(s) da data da Audiência no ato de distribuição do processo; na oportunidade, caso não seja realizado acordo, de imediato será procedida audiência de instrução e julgamento, ocasião em que deverá produzir todas as provas - **documental e testemunhal** - esta no número máximo de 03 (três) testemunhas para cada litigante, **não sendo permitida sua apresentação posterior**. As partes deverão se apresentar acompanhadas de advogado nas causas de valor superior a 20 (vinte) salários mínimos. **O não comparecimento** de V. Sª implicará na **extinção do processo**, com fundamento no artigo 51, I da Lei nº 9.099/95 e condenação ao pagamento de custas processuais.

Ressalte-se que este processo tramita em meio eletrônico através do sistema PJE, **sendo vedada a juntada de quaisquer documentos por meio físico quando houver o patrocínio de advogado**, conforme Instrução Normativa Nº 10, de 18 de Novembro de 2011 deste Tribunal de Justiça de Pernambuco.

OBS: É imprescindível que o tamanho de cada arquivo a ser inserido em audiência tenha, no máximo, 1,5 MB (megabytes). O único formato de arquivo compatível com o sistema PJE é o ".pdf".

Recife, 9 de julho de 2019





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

SMH - AMBULATÓRIO

Data: 31/07/2017
Hora: 10:56:20
Emitido por: leo12345678

ENCAMINHAMENTO MÉDICO

Atendimento:	901946	Data do encaminhamento:	31/07/2017
Paciente:	MAXIMIANO ARAUJO PEREIRA DA SILVA		
Encaminhado por:	Dr(a) LEONARDO FREIRE MONTEIRO	CRM:	16119
Especialidade solicitada:	FISIOTERAPIA		
Quantidade de Sessões:	20		
Prioridade:			
Encaminhado para:	Dr(a)	CRM:	

Observações

lesao lca + canto pre op

Dr. Leonardo Monteiro
Cirurgião do Joelho/Trauma
Medicina Esportiva
CRM 16119 - TEOT 12563



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 43258794



3 - Nº Guia Principal: 43258794
 4 - Data de Autorização: _____
 5 - Símbolo: _____
 6 - Data de Validade da Semente: _____
 7 - Data de Emissão da Guia: _____
 8 - Número da Carteira: 6040400205012
 9 - Plano: MIX IX - 458960067
 10 - Validade da Carteira: _____
 11 - Nome: MAXIMIANO ARAUJO PEREIRA DA SILVA
 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde: _____
 13 - Código na Operação/CPF - CPF: _____
 14 - Nome do Contratado: _____
 15 - Código CNES: _____
 16 - Nome do Profissional Solicitante: DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
 17 - Conselho Profissional: CPM
 18 - Número no Conselho: 15433
 19 - UF: PE
 20 - Código CBO S: _____
 21 - Data/Hora da Solicitação: 23/03/2018 10:21
 22 - Caracter da Solicitação: E - E - Eletiva U - Urgência/Emergência
 23 - CID 10: _____
 24 - Indicação Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - DOR EM JOELHO
 25 - Tabela: 1992
 26 - Código do Procedimento: 00010014
 27 - Descrição: CONSULTA EM CONSULTORIO
 28 - Cota Solic: 1
 29 - Cota Autor: _____

30 - Código na Operação/CHP/CPF: _____
 31 - Nome do Contratado: _____
 32 - T. Log: _____
 33 - Código Legatário - Número - Consórcio: _____
 34 - Município: _____
 35 - Cód. IBGE: _____
 36 - CEP: _____
 37 - UF: _____
 38 - Código CNES: _____
 39 - Conselho Profissional: _____
 40 - Número no Conselho: _____
 41 - UF: _____
 42 - Código CBO S: _____
 43 - Grau de Participação: _____

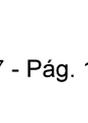
44 - Tipo de Atendimento: _____
 45 - Tipo de Agendamento: _____
 46 - Tipo de Referência: _____
 47 - Indicação de Admissão: _____
 48 - Tipo de Saída: _____
 49 - Tipo de Doença: _____
 50 - Tempo de Doença: _____
 51 - Nome do Profissional Executor/Complementar: _____
 52 - Hora Inicial: _____
 53 - Hora Final: _____
 54 - Anos: _____
 55 - Meses: _____
 56 - Dias: _____
 57 - Qde. Via: _____
 58 - Tec: _____
 59 - %Red: _____
 60 - Acréscimo: _____
 61 - Valor Unitário - R\$: _____
 62 - Valor Total - R\$: _____
 63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série: _____
 64 - Observação: _____

65 - Total Procedimentos - R\$: _____
 66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$: _____
 67 - Total Materiais - R\$: _____
 68 - Total Medicamentos - R\$: _____
 69 - Total Diárias - R\$: _____
 70 - Total Gases Medicinais - R\$: _____
 71 - Total Geral da Guia - R\$: _____
 86 - Data e Assinatura do Solicitante: 23/03/2018
 87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização: _____
 88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável: _____
 88 - Data e Assinatura do Prestador Executor: _____

Daniel Barreto de Matos Nobre
 CPM - 15433

AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO.
 Assinatura do Usuário / Representante

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Anos	55 - Meses	56 - Dias	57 - Qde. Via	58 - Tec	59 - %Red	60 - Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO**

DIRETORIA DE SAUDE - CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

01 - Nome do Paciente	02 - Nº Prontuário
<p style="text-align: center;"><u>URO. MTDIL</u></p> <p>Paciente Maximiano Alves Ruz B Silva Pi Vitor de Almeida Mota Mãe Genu, Sufrendo LTBs Livramento Em JELH Dica. Abundante tratamento Cirurgia.</p> <p style="text-align: right;">CM-1. MTDIL M 83</p> <p style="text-align: right;">Dr. Leonardo Mota Cirurgia do Joelho, Trauma, Medicina Esportiva CRM 16110 - RCOF 12587</p> <p>27/11/17</p>	
03 - Data	04 - Assinatura e carimbo do médico
<p>CMH: Praça do Deby, s/nº - Recife - PE, CEP: 52.010-140 Fone: 0 (**) 3181- 1445</p>	



Paciente: 0000471015 MAXIMIANO ARAUJO DA SILVA
Nascimento: 14/01/1986 31 Anos 3 Meses 28 Dias Sexo:
Atendimento: 00955101 Data Atendimento: 12/05/2017 00:57

Atesto para devidos fins que o (a) Sr.(a) MAXIMIANO ARAUJO DA SILVA foi atendido(a)
no serviço de Urgência/Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000471015 e número de
atendimento 00955101 em 12/05/2017 às 02h apresentando o diagnóstico T149 e necessita de
05 dia(s) de afastamento das suas atividades profissionais ou escolares, a partir desta data.

Recife, 12 de Maio de 2017

SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS
MÉDICO
CRM: 21129

Médico: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS

CRM: 21129

Eu MAXIMIANO ARAUJO DA SILVA autorizo divulgação de meu diagnóstico por escrito ou na forma de
código (CID-10) pelo médico acima assinado.

autorizo divulgação de meu diagnóstico por escrito ou na forma de

RECEBI O ORIGINAL

Em 18/05/2017

Ass: [Assinatura]

Mat. Nº 951020-6





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MAXIMIANO ARAUJO PEREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
49784 SDS PE

CPF **052.245.444-59** DATA NASCIMENTO **14/01/1986**

FILIAÇÃO
MARCILIANO PEREIRA DA SILVA
MARIA ARAUJO DA SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO **03244908248** VALIDADE **06/05/2019** 1ª HABILITAÇÃO **06/04/2004**

OBSERVAÇÕES
 sem observações

Maximiano Araujo
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **RECIFE - PE** DATA EMISSÃO **06/05/2014**

ASSINATURA DO EMISSOR *P. A.* 00078334066
 PRO59596910

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
873486552

PROIBIDO PLASTIFICAR
873486552

703PC08
90A



1034/A3
AOP





Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MOTO DE PLACA KGM 9558**

CACHORRO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESC.**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESC.**

Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE AO PILOTAR SUA MOTOCICLETA PELA RUA E BAIRRO JÁ IDENTIFICADO NESTE BO., ATROPELOU UM CACHORRO QUE IA CRUZANDO A VIA, TENDO O MESMO CAIDO DA MOTO VINDO A TER ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Maximiano Araujo
MAXIMIANO ARAUJO FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE FRANCISCO DE BARROS** - - Matrícula: **3211586**



Paciente: 0000471015 MAXIMIANO ARAUJO DA SILVA
Nascimento: 14/01/1986 31 Anos 3 Meses 28 Dias Sexo:
Atendimento: 00955101 Data Atendimento: 12/05/2017 00:57

Atesto para devidos fins que o (a) Sr.(a) MAXIMIANO ARAUJO DA SILVA
foi atendido(a)
no serviço de Urgência/Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000471015 e número de
atendimento 00955101 em 12/05/2017 às 02h apresentando o diagnóstico T149 e necessita de
05 dia(s) de afastamento das suas atividades profissionais ou escolares, a partir desta data.

Recife, 12 de Maio de 2017

S. MARTINS
ARTICULISTA
CRM/PE: 21129

Médico: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS

CRM: 21129

MAXIMIANO ARAUJO DA SILVA
autorizo divulgação de meu diagnóstico por escrito ou na forma de
digo (CID-10) pelo médico acima assinado.

autorizo divulgação de meu diagnóstico por escrito ou na forma de

RECEBI O ORIGINAL

Em 18/05/2017

Ass: *Ferreira*

Mat. Nº 951020-6





Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MAXIMIANO ARAUJO PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180009564**

Vítima: **MAXIMIANO ARAUJO PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **11/06/2017**

Cobertura: **DAMS**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180009564**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Comprovantes de despesas médicas não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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**

2200390



DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br



MAXIMIANO ARAUJO FERREIRA DA SILVA
RUA CATUME, 105
BONGI
CEP 50751-550 - RECIFE - PE

Administradora do Seguro DPVAT

LÍDER
Seguradora



Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MAXIMIANO ARAUJO PEREIRA DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180009564**
Vítima: **MAXIMIANO ARAUJO PEREIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **11/06/2017**
Cobertura: **DAMS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180009564**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Comprovantes de despesas médicas não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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**

02100390



DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br

JS932682165BR



MAXIMIANO ARAUJO FERREIRA DA SILVA
RUA CATUMÉ, 105
BONGI
CEP 50751-550 - RECIFE - PE

Administradora do Seguro DPVAT
LÍDER
Seguradora

