



Número: **0023550-26.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47058409	25/06/2019 10:13	2601898_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00235502620198172001

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 **MELQUISEDEQUE RODRIGUES 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, 17 de junho 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2019 10:13:32
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062510133253700000046340095>
Número do documento: 19062510133253700000046340095



25/06/2019

Número: **0023550-26.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47058408	25/06/2019 10:13	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190095590

Vítima: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 18/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA

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

Carta nº 13912976





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190095590

Vítima: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 18/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000000648**

Conta: **00000185566-8**

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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	708.053.694-49	MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA		708.053.694.49
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSA	RUA EDUCADORA BRANDINA FOCHA	88
Bairro:	Cidade:	Estado:
CENTRO	MORENO	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	54800.000	(81) 988776115

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

RENTA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<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)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0648	CONTA: 485566	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(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"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	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:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <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 atestada

Local e Data, Recife, 04.02.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Melquisedeque Rodrigues da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura
ARUANA S. CARDOSO
04 FEV 2019

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.

É OBRIGADO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





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: 15/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000185566-8

Nr. da Autenticação 72ACAB45591BFA75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190095590 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 18/10/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50





Nome: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA⁽²⁴⁷⁵⁶⁾

Data Nascimento: 01/06/1967

51 Anos e 6 Meses

SEXO: M

Nº de Admissão: 299575

PAINEL:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 07/12/2018

Serviço: 000 - Pronto Atendimento

Hora da Admissão:

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTO APRESENTANDO FRATURA DO 5º QDE HÁ 7 SEMANAS.

AO EXAME EVOLUI COM DOR IMPORTANTE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E FISIOTERÁPICO SEM PREVISÃO DE ALTA. SUGIRO AFASTAMENTO POR TEMPO INDETERMINADO.

CID = S62.6

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 07/12/2018 as 21:54

Dr. (a) DANIEL SANCHES

CRM: 19149



Página 1 de 1



HOSPITAL ARMINDO MOURA
IP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 26/10/2018 09:00

Indicador: 295051 Entrada: 18/10/2018 Hora: 20:01
no: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsável: TARCISIO LYRA DE BRITO

Recepcionista: ROSEMERE MARINHO
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 705006639965351

Paciente: 24756 MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA
Idade: 01/06/1967 (51 Anos e 4 Meses)
Endereço: RUA EDUCADORA BRANDINA ROCHA
Cidade: CENTRO C.E.P.: 54800-000
Estado: 2609402 MORENO
Nome: SEVERINO RODRIGUES DA SILVA
Mãe: JULIA AUGUSTA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.:
Identidade: 3241575 - SSP - PE
Telefone: / 88807790
G.Instrução:
Ocupação: DESEMPREGADO
Naturalidade: MORENO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Data: 18/10/2018 - 20:58

Relação (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

História do paciente: DOR E DEFORMIDADE EM 5º QDE APOS QUEDA DE MOTO HA 3 HORAS

Exame físico: DOR E DEFORMIDADE EM 5º QDE

tese diagnóstica: FRATURA DE F1 DO 5º QDE

Prescrição/Conduta: REAALIZADA REDUÇÃO INCRUENTA+ RX INICIAL E CONTROLE

Horario/Checkagem

LIVA GESSADA E ENGLOBANDO 4º E 5º QDE	Horario/Checkagem

Relação:

Medicamentos Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
S.A.M.C.
de Arquivo Médico e
Data: (01) 3555-2018
Impeto 8/2

Página 1 de 1

ARMINDA SEGURADORA
04 FEV 2019





Armino Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA (24756)

Nº de Admissão: 297154

Data Nascimento: 01/06/1967

51 Anos e 5 Meses

SEXO: M

PAINEL:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 09/11/2018

Serviço: 000 - Pronto Atendimento

Hora da Admissão:

SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA MOTORA

SOLICITO 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA

HD = FRATURA DO 5º QDE

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 09/11/2018 as 22:22

Dr. Daniel Sanches
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM-PE 19.149

Dr. (a) DANIEL SANCHES

CRM: 19149

Dr. (a) DANIEL SANCHES
CRM: 19149



Data: 09/11/2018 as 22:22





PREFEITURA MUNICIPAL DO MORENO
Secretaria de Saúde

Declaro que o doente JESUS
o paciente Melquiedes Rodrigues
da Silva, com um diagnóstico
de Fome de 52506 há
aprox. 2 meses com tratamento
de Redução alimentar e uso x med
com cessar sua gestação em
há e a causa de má alimentação,
com ausência de alimentação
e limitação funcional da
má alimentação com dificuldades
para tomar e movimentar-se
em má alimentação, ficando
seja para impossibilitado de
de exercer suas atividades
matriculadas até que haja

RUA JOÃO FERNANDES VIEIRA, 213 - CENTRO - MORENO - PE - CEP: 54.800-000 - FONES: (81) 3535.5092 / 3535.3765

ARUANA SEGURADORA
04 FEV 2019



melhor do mundo.

O mesmo encontra-se em
seu fim terapêutico nesta
unidade de saúde.

elo: 562-6

João, 28 de
dezembro de 2018.



ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
11/12/2018



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 25/01/2019 22:21

Atendimento: 303610 Entrada: 25/01/2019 Hora: 20:10
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsavel:
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Recepcionista: ELIANE SOARES DA SILVA
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 705006639965351

Paciente: 24756 MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA
Nascimento: 01/06/1967 (51 Anos e 7 Meses)
Endereco: RUA EDUCADORA BRANDINA ROCHA
Bairro: CENTRO C.E.P.: 54800-000
Cidade: 2609402 MORENO
Pai: SEVERINO RODRIGUES DA SILVA
Mãe: JULIA AUGUSTA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.:
Identidade: 3241575 - SSP - PE
Telefone: / 88807790
G.Instrução:
Ocupação: DESEMPREGADO
Naturalidade: MORENO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 09/11/2018 - 21:30

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM*19149)

Queixa do paciente:

FRATURA DO 5º QDE HÁ 3 SEMANAS ACOMPANHADO POR DR TARCISIO / DESVIO ACEITÁVEL / CONSOLIDAÇÃO PARCIAL

Exame físico:LIMITAÇÃO DE ADM 5ºQDE

Hipótese diagnóstica: FRATURA DE 5º QDE

Prescrição/Conduta:RX FRATURA DE F1 COM DESVIO DORSAL

	Horario/Checagem
01 - FISIOTERAPIA MOTORA	
02 - ORIENTAÇÕES	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) **COMANDA:**

