



Número: **0000068-65.2019.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **19/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDNAELSON PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47683989	11/07/2019 11:01	2610683_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF	Petição em PDF



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

Processo: 00000686520198172610

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 **EDNAELSON PEREIRA 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,

FLORES, 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



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 - 11/07/2019 11:01:11
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071111011129500000046956119>
Número do documento: 19071111011129500000046956119



11/07/2019

Número: **0000068-65.2019.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **19/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDNAELSON PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47683988	11/07/2019 11:01	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **EDNAELSON PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180304017**

Vitima: **EDNAELSON PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **03/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO PEREIRA FILHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180304017**.

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 13105639

Pag. 01649/01650 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: EDNAELSON PEREIRA DA SILVA
Nº Sinistro: 3180304017
Vítima: EDNAELSON PEREIRA DA SILVA
Data do Acidente: 03/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180304017**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, 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** 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

Pag. 00025/00026 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13109079



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **EDNAELSON PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180304017**

Vítima: **EDNAELSON PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **03/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ANTONIO PEREIRA FILHO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180304017**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00953/00954 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13271570



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDNAELSON PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180409913**

Vítima: **EDNAELSON PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **03/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO PEREIRA FILHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180409913**.

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 13334320

Pag. 00295/00296 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **EDNAELSON PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180172670**

Vítima: **EDNAELSON PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **03/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO PEREIRA FILHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180172670**.

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 12678206

Pag. 01999/02000 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **EDNAELSON PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180172670**
Vítima: **EDNAELSON PEREIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **03/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANTONIO PEREIRA FILHO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180172670**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, 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** 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

Pag. 00329/00330 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12681999



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **EDNAELSON PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180172670**

Vítima: **EDNAELSON PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **03/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ANTONIO PEREIRA FILHO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180172670**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01315/01316 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 12805393



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

057.336.634-99

EDNAELSON PEREIRA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EDNAELSON PEREIRA DA SILVA		CPF titular da conta 057.336.634-99	Profissão RECUSO
Endereço ST OLHO D'ÁGUA DAS LETRAS		Número	Complemento CASA
Bairro ZONA RURAL	Cidade FLORES	Estado PE	CEP 56.850-000
Email TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM		Telefone (DDD) 87-9935-5533	

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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

2446

D/V

CONTA

NRO.

029.233

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

FLORES-PE, 02 de ABRIL de 2018

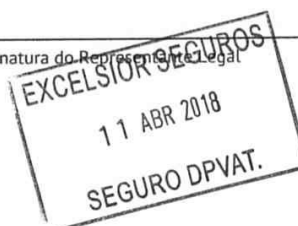
Local e Data

Ednaelson Pereira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

058-441405132-0

27/FEV/2018

HORA DE 09:29:39

LOT: 15.03055-0
LOCALIDADE: CUSTODIA
AG. VINCULADA: 2446

TERM: 058609

CONTROLE: 446053640

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2446 013 00029233-0

EDNAELSON P DA SILVA

VALOR : 20,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

058-441405132-0

1a VIA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

27/FEV/2018

HORA DE 09:30:24

LOT: 15.03055-0
LOCALIDADE: CUSTODIA
AG. VINCULADA: 2446

TERM 058609

PAGAMENTO ELETRÔNICO CAIXA
DEMONSTRATIVO DE CONTAS EM ABERTO
CAIXA SEGURADORA S/A
PAGAMENTOS DIVERSOS

NOME: EDNAELSON PEREIRA DA SILVA

ID: 05733663499

VENCIMENTO

1 - 27/02/2019

2 - 27/02/2019

3 - 27/02/2019

TOTAL

VALOR

30,00

40,00

60,00

130,00

DEMONSTRATIVO PARA CONFERENCIA
NÃO VALE COMO COMPROVANTE DE PAGAMENTO

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR 2018

SEGURO DPVAT.



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:	19/09/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDNAELSON PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02446

CONTA: 000000029233-0

Nr. da Autenticação D64163077E219DFE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180409913 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDNAELSON PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
FRATURA DE MANDÍBULA (LEFORT I).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FACE - PLACA EM "T" E PARAFUSOS). PARA OS DEMAIS, TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA BOCA E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL POR LESÃO EM ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

