



Número: **0030278-83.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.658,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MONICA VANESSA DE LIMA (AUTOR)	GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47636 656	10/07/2019 13:51	<a href="#">2612695_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF</a>	Outros (Documento)



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 18ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo:** 00302788320198172001

**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 **MONICA VANESSA DE LIMA**, 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, 8 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)





Número: **0030278-83.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.658,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MONICA VANESSA DE LIMA (AUTOR)	GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47636 655	10/07/2019 13:51	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



**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 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: 061.234.424-06 Nome completo da vítima: MONICA VANESSA DE LIMA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <u>MONICA VANESSA DE LIMA</u>		CPF titular da conta <u>061.234.424-06</u>	Profissão <u>SUPERVISORA</u>
Endereço <u>RUA FRIEOTILDO DE VIRGOLETTA</u>		Número <u>00422</u>	Complemento _____
Bairro <u>ZUMBI</u>	Cidade <u>RECIFE</u>	Estado <u>PERNAMBUCO</u>	CEP <u>50720-660</u>
Email <u>8198386.1306</u>		Telefone (DDD) <u>81 3326 1267</u>	

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. 3028 D/V \_\_\_\_\_ CONTA NRO. 00228009 D/V 8  
(Informar dígito se existir)      (Informar dígito se existir)

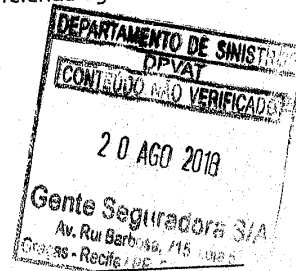
**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)  
BANCO Nome \_\_\_\_\_ NRO \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir)      (Informar dígito se existir)

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.

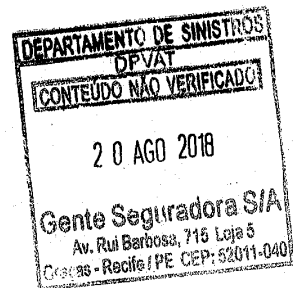
Recife 16 de Agosto de 2018  
Local e Data

x Monica Vanessa de Lima  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF.001 V001/2017



# 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: 26/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: MONICA VANESSA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01028

CONTA: 000000128009-8

---

---

Nr. da Autenticação EF9A16812E08C013



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180384458 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MONICA VANESSA DE LIMA **Data do acidente:** 10/06/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 19/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO

**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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM:** 5234194-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

*IVONE S. VALICE*

