



Número: **0029914-14.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **17/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ALYSON OLIVEIRA DOS SANTOS (AUTOR)</b>	<b>EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47636 673	10/07/2019 13:58	<a href="#"><u>2612810_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF</u></a>	Petição em PDF



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

**Processo:** 00299141420198172001

**CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, 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 **ALYSON OLIVEIRA DOS SANTOS**, 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)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2019 13:58:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071013583318600000046909205>  
Número do documento: 19071013583318600000046909205

Num. 47636673 - Pág. 1



Número: **0029914-14.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **17/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ALYSON OLIVEIRA DOS SANTOS (AUTOR)</b>	<b>EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
47636 672	10/07/2019 13:58	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190059399 Vítima: ALYSON OLIVEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ALYSON OLIVEIRA DOS SANTOS**

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, contados 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 13861509



Pago 0002050002006 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2019 13:58:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071013583308100000046909204>  
Número do documento: 19071013583308100000046909204

Núm. 47636672 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 3190059399 Vítima: ALYSON OLIVEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), AILYSON OLIVEIRA DOS SANTOS**

Informações sobre o pagamento da indenização

abaixo:

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%  
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

Valor a Indenizar: 12,50 % x R\$ 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Pág. 00811/00812 - carta 15B - INVÁLIDEZ



Recebedor: ALYSON OLIVEIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001031

Conta: 0000020612-1

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

## Atencio&gt;amento

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:

099.541.674-55

ALYSON OLIVEIRA DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

ALYSON OLIVEIRA DOS SANTOS

CPF:

099.541.674-55

Profissão:

REUNSA

Endereço:

RUA: DIOGO DE JASLON CELOS

Número:

34

Complemento:

BL. A APT 204

Bairro:

VALZEA

Cidade:

RECIFE

Estado:

PE

CEP:

50.980-410

E-mail:

Tel (DDD):

(81) 98552-9424

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

## DADOS CADASTRAIS

## RENDIMENTO:

 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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)     Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)     Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1031

CONTA: 206.12

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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.

## INVALIDEZ PERMANENTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo | Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não | Se tinha filhos, informar quantos:  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ | Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não | Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.



Local e Data, RECIFE, 17/01/2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Alyson Oliveira dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) 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.

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





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2019 13:58:33  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071013583308100000046909204>  
Número do documento: 19071013583308100000046909204

Num. 47636672 - Pág. 4

# 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: 31/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ALYSON OLIVEIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01031

CONTA: 000000020612-1

---

Nr. da Autenticação 9E20E9C800C5FC5C



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/07/2019 13:58:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071013583308100000046909204>  
Número do documento: 19071013583308100000046909204

Num. 47636672 - Pág. 5

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190059399      **Cidade:** Recife  
**Vítima:** ALYSON OLIVEIRA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 04/10/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 28/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA COM DESVIO EM CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO 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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

