



Número: **0025226-09.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/04/2019**

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
ESEQUIAS GOMES DE ARAUJO (AUTOR)	RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48130 826	22/07/2019 14:54	<u>ELABORAR JUNTADA DE DOCS</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00252260920198172001

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 **ESEQUIAS GOMES DE ARAUJO**, 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, 19 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/07/2019 14:54:51
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072214545182100000047393542>
Número do documento: 19072214545182100000047393542

Num. 48130826 - Pág. 1

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 - 22/07/2019 14:54:51
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072214545182100000047393542>
Número do documento: 19072214545182100000047393542

Num. 48130826 - Pág. 2



Número: **0025226-09.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/04/2019**

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
ESEQUIAS GOMES DE ARAUJO (AUTOR)	RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48130 824	22/07/2019 14:54	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ESEQUIAS GOMES DE ARAUJO**

Nº Sinistro: **3180552335**
Vítima: **ESEQUIAS GOMES DE ARAUJO**
Data do Acidente: **14/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180552335**.

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 13637291





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NPF do beneficiário ou PSL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

223.834.414-49
Berequias goms de Araujo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIARIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 885/2012

Nome completo:

Autônomo

Bairro:

Macacuira

E-mail:

Endereço:

Rua Carlos Marichello

Cidade:

Rio de Janeiro

Estado:

PE

CPF:

223.834.414-49

Número:

800

Complemento:

R

Tel. (DDD):

(81) 3011-3224

Tel. (DDD):

(81) 3011-3224

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

RENDA MENSAL:

REUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (informar para os bancos abaixo, qualificação da conta)

Bradesco (257)

Itau (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

1583

CONTA:

24.159

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (informar o banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AUTÔTOF: A Seguradora Lider é credora na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro-DPVAT, a qual é de livre direito, resguardando e dando, desde já e comete apto à 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 à região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro-DPVAT, ou

O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias úteis, e que, nesse período, não haja solução de controvérsia ou encargamento de análise da minha perda de mobilidade, com base na documentação fornecida, e, consequentemente, desde já, em me informar a avaliação médica as cuntas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.138/74, art. 37, §IV, considerando que essa autorização não significa prazo comodato com a Seguradora Lider, ou renúncia ao direito de contestar.

5.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23.107.703
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL

RECIFE-PE
CEP: 50.060-010

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou (companheiro): Sim Não Se a vítima deixou (companheiro), informar o nome completo:

Vítima faleceu: Sim Não Se tiver filhos, informar quantos: Vítima deixou: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos: Sim Não

Fazendo constar de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente autorizada, a indenização do Seguro-DPVAT por todos aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem, a 90% percentual, estando viva, ainda, de um qualquer momento da declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor restabilizado, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 399 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

[!] A vítima/beneficiário não alfabetizado devem assinar sua assinatura alfabetizada, maior e maior, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do interior todo do formulário, antes do preenchimento e assinatura.

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





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 NOV 2019
Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/07/2019 14:54:51
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072214545173600000047393540>
Número do documento: 19072214545173600000047393540

Num. 48130824 - Pág. 3

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: 04/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ESEQUIAS GOMES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01583

CONTA: 000000024159-3

Nr. da Autenticação 5937A4459A7E0DE3



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/07/2019 14:54:51
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072214545173600000047393540>
Número do documento: 19072214545173600000047393540

Num. 48130824 - Pág. 4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180552335 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ESEQUIAS GOMES DE ARAUJO **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

