

	<p><b>Protocolo Nº 20190716163404811</b></p> <p>Sua solicitação foi enviada à <b>Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito da Comarca de ARACAJU</b> em 16/07/2019 16:34 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</p>
---	--

**DADOS DO PROTOCOLO**

**Tipo de Protocolo:** PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

**Processo:** 201940600917

**Classe:** Procedimento Comum

Dados do Processo Origem		
<b>Número</b> 201940600917	<b>Classe</b> Procedimento Comum	<b>Competência</b> Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
	<b>Situação</b> ANDAMENTO	<b>Distribuido Em:</b> 07/06/2019

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	47910143591	LOURIVAL DA SILVA OLIVEIRA
Requerido	09248608000104	SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Anexos		
	Nome	Tipo
1	<a href="#">2618450_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.pdf</a>	Petição
2	<a href="#">2618450_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01.pdf</a>	Outros documentos

**ATENÇÃO!**

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

**Imprimir**



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU/SE**

Processo: 201940600917

**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 **LOURIVAL DA SILVA OLIVEIRA**, 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,

ARACAJU, 15 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/SE 780-A**

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**  
**2592 - OAB/SE**



Rio de Janeiro, 08 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **LOURIVAL DA SILVA OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180107702**

Vitima: **LOURIVAL DA SILVA OLIVEIRA**

Data do Acidente: **06/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180107702**.

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 12484253



Rio de Janeiro, 15 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LOURIVAL DA SILVA OLIVEIRA

Nº Sinistro 3180107702

Vitima: LOURIVAL DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180107702**, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes **cobertas pelo Seguro DPVAT** em razão do acidente ocorrido em **06/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180107702 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LOURIVAL DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 06/11/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 15/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE JOELHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

**Sequelas permanentes:** DOR

**Sequelas:** Sequela não indenizável

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

