



Número: **0072393-85.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSUEL PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		THOMAS HENRIQUE SEVERO LOPES DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72476815	14/12/2020 14:11	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 29 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200159724

Vítima: JOSUEL PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSUEL PEREIRA DA SILVA

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, contatos 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.

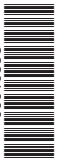
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01175/01176 - carta_01 - INVALIDEZ

00010588



Carta nº 15733088





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200159724

Vítima: JOSUEL PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSUEL PEREIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

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

Recebedor: JOSUEL PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000047

Conta: 0000096320-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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, retorne 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.

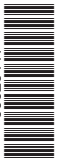
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00893/00894 - carta_15R - INVALIDEZ

00020447





LIDER		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
2 - Nº do sinistro ou ADL:		3 - CPF da vítima: 051.695.194-78	
4 - Nome completo da vítima: JACIEL PEREIRA DE SALES		5 - Nome completo do representante legal: JACIEL PEREIRA DE SALES	
6 - CPF do representante legal: 051.695.194-78		7 - Data de nascimento: 29/08/1978	
8 - Endereço: Rua Tábua		9 - Cidade: Recife	
10 - Estado: PE		11 - País: Brasil	
12 - CEP: 51330-160		13 - Telefone: (0800) 129.989.8509	
14 - E-mail: RESCISA		15 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES	
16 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES		17 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES	
18 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES		19 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES	
20 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES		21 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES	
22 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES		23 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES	
24 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES		25 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES	
26 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES		27 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES	
28 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES		29 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES	
30 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES		31 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES	
32 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES		33 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES	
34 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES		35 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES	
36 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES		37 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES	
38 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES		39 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES	
40 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES		41 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES	
42 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES		43 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DE SALES	

4/11/2020

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRANSITO - DPTD

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E2093000029

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/01/2020 às 09:17

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 21/11/2019 às 05:30

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA MARECHAL MASCARENHAS DE MORAIS, 1 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: SUPERMERCADO ATACADÃO
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
A INVESTIGAR (AUTOR/AGENTE)
JOSUEL PEREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSUEL PEREIRA DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSUEL PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mão: MARLENE SILVA DOS SANTOS Pai: ANTONIO PEREIRA DOS SANTOS Data de Nascimento: 24/9/1983 Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 52210814/SSP/SP (RG) 05169519478 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A)
Endereço Residencial: RUA IBIRA, 292, TRÊS CARNEIRO-IBURA - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

A INVESTIGAR (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSUEL PEREIRA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):

JOSUEL PEREIRA DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CB TWISTER Objeto apreendido: Não

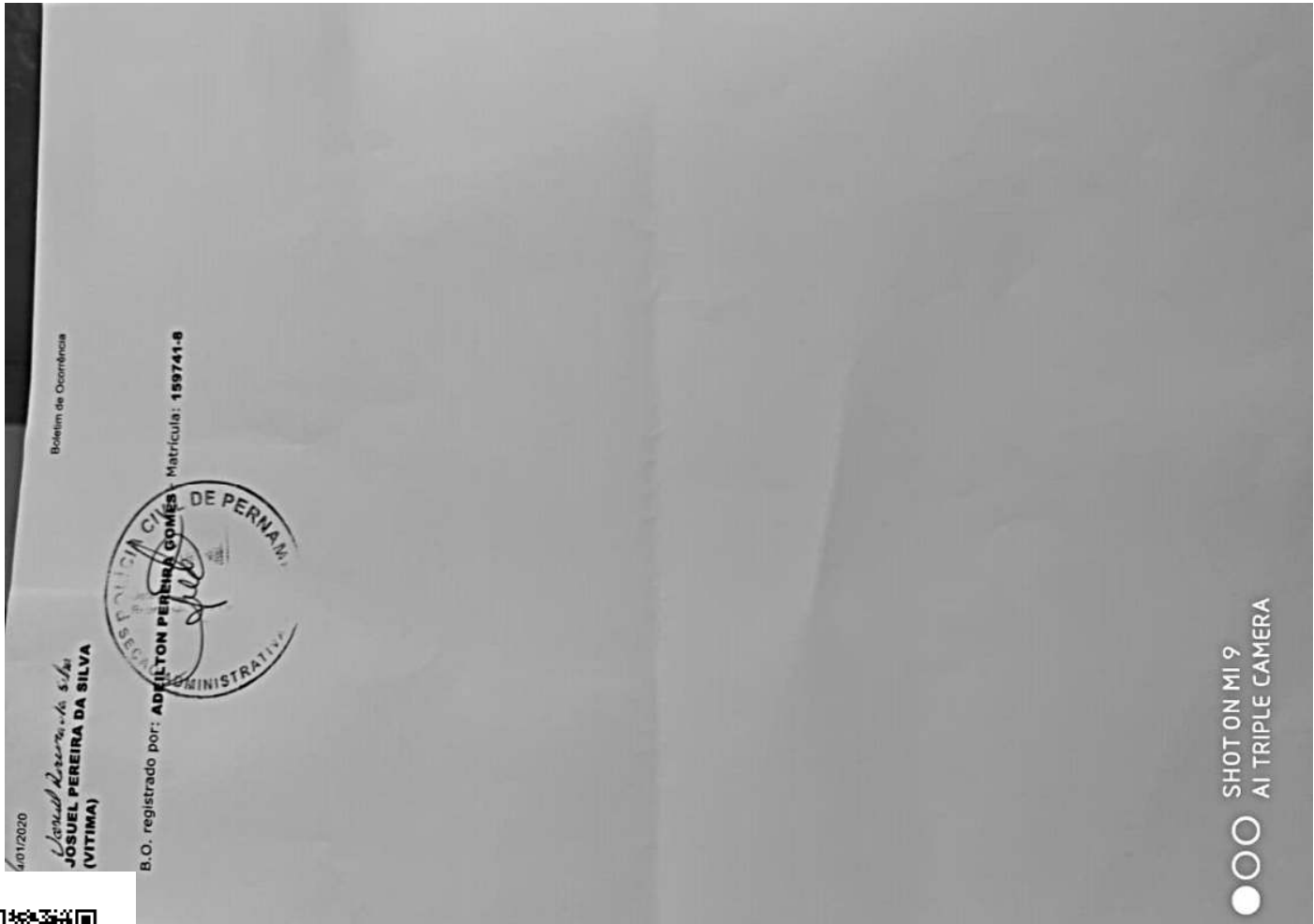
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCS5174 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

FORMA A VITIMA QUE VINHA GUIANDO A SUA MOTOCICLETA NO ENDEREÇO CITADO, QUANDO COCHILOU NDO A BATER NA TRAZEIRA DE UM CAMINHÃO DE PLACA NÃO ANOTADA, O MESMO FOI SOCORRIDO PARA H.R., INFORME ATENDIMENTO DE NUMERO 1513227, CASO AFETO A DELEGACIA DE BOA VIAGEM.

SHOT ON MI 9
AI TRIPLE CAMERA





LIDER		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
2 - Nº do sinistro ou ADL:		3 - CPF da vítima: 051.695.194-78	
4 - Nome completo da vítima: JACIEL PEREIRA DA SILVA		5 - Nome completo do representante legal: JACIEL PEREIRA DA SILVA	
6 - CPF do representante legal: 051.695.194-78		7 - Data de nascimento: 29/08/1978	
8 - Endereço: Rua Tábua		9 - Cidade: Recife	
10 - Estado: PE		11 - País: Brasil	
12 - CEP: 51330-160		13 - Telefone: (0000) 8199.9892-8509	
14 - E-mail: JACIEL@LIDER.COM.BR		15 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA	
16 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA		17 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA	
18 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA		19 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA	
20 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA		21 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA	
22 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA		23 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA	
24 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA		25 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA	
26 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA		27 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA	
28 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA		29 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA	
30 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA		31 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA	
32 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA		33 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA	
34 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA		35 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA	
36 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA		37 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA	
38 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA		39 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA	
40 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA		41 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA	
42 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA		43 - Assinatura: JACIEL PEREIRA DA SILVA	

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:	11/05/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSUEL PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00047

CONTA: 000000096320-6

Nr. da Autenticação 99CA548073B3EB2A





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO E HABITAÇÃO
SECRETARIA DA FAZENDA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Boleto de Pagamento de Licenciamento 2020
Veículos Usados



JOSUEL PEREIRA DA SILVA
RUA IBIRA 292

ESX

COHAB
51330-160 RECIFE PE

PCS5174

HONDA/CB 250F TWISTER

Cart

DETRAN

Con

Data Fatura
21/01/20



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
SISTEMA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

JOSEUEL PEREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
52210814 SSP SP

CPF
051.695.194-78

DATA NASCIMENTO
24/09/1983

FILIAÇÃO
ANTONIO PEREIRA DA SILVA
MARLENE SILVA DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
04828451209

VALIDADE
28/12/2021

1ª HABILITAÇÃO
11/11/2009

OBSERVAÇÕES

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
10/02/2017

ASSINATURA DO PORTADOR
João Antônio de Souza

ASSINATURA DO EMISOR
João Antônio de Souza
João Antônio de Souza
Diretor Presidente

50064353365
PE076889807

PERNAMBUCO

1421255395

PROIBIDO PLASTIFICAR

1421255395

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SHOT ON MI 9
 AI TRIPLE CAMERA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200159724 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSUEL PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 21/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA JOELHO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 10

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/12/2020 14:11:05
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121414110531100000071052261>
 Número do documento: 20121414110531100000071052261

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124398/20
Vítima: JOSUEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 051.695.194-78
CPF de: Próprio
Data do acidente: 21/11/2019
Titular do CPF: JOSUEL PEREIRA DA SILVA
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSUEL PEREIRA DA SILVA : 051.695.194-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/04/2020
Nome: JOSUEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 051.695.194-78

JOSUEL PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/04/2020
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA

