

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico de 1º Grau > Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WRER.19.00015306-9** em **01/11/2019 14:48:49**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Reriutaba
Processo : 0000329-57.2018.8.06.0157
Protocolo : WRER.19.00015306-9
Tipo da petição : Petições Intermediárias Diversas
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 01/11/2019 14:48:49

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Petição* : 2573146_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01 - 1-2.pdf
Documentação : Análise médico documental - 1-4.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE RERIUTABA/CE

Processo: 00003295720188060157

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOAO CARLOS DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Houve o pagamento administrativo no valor de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Cumprе ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Quesitos formulados pela parte requerida:

1 – Queira o Sr. Perito informar se existe nexo de causalidade entre as referidas lesões e o acidente relatado na petição inicial;

Sim

2 – O autor possui alguma patologia que determine sua invalidez em caráter definitivo?

Não há invalidez

3 – Queira o Senhor Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados nos autos;

Não há incapacidade

4 – Em caso positivo do item acima, o Autor em decorrência de tal patologia foi submetido a tratamento medico capaz de minimizar ou sanar a debilidade?

Vide resposta do quesito 3

5 – Confirmado se realmente o autor possui debilidade permanente, tal debilidade entende-se como TOTAL (corpo inteiro) ou PARCIAL (limitada a um membro ou função)?

Vide resposta quesito 2

6 – Conforme o que versa a legislação, através do Art. 3º, §1º, II da Lei 6.194/74, qual o grau de repercussão da debilidade do Autor?

Não há perda anatômica nem funcional em partes dos membros superiores.

Quesitos apresentados pela parte à autora:

1 O acidente de trânsito sofrido gerou dano físico ao periciando à época do acidente?

Sim

2 Se sim, em qual membro, função ou sentido? Temporário ou permanente? Parcial ou total?

Clavícula esquerda.

Temporária/Parcial

3 A lesão do periciando pode ser fixada em total (100%), intensa (75%), média (50%) ou residual (10%)?

Não há perda anatômica nem funcional em partes dos membros superiores.

4 Levando em consideração o anexo da Lei nº 6.194/1974 (em anexo), em qual(is) das lesões o periciado se enquadra e em qual percentagem, conforme o item anterior?

Vide resposta quesito 3

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RERIUTABA, 1 de novembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DFVAT 0800 0221204 ou 0800 221305 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/embolso.

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

773.742.583-72

Nome completo da vítima

JOAO CARLOS DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOAO CARLOS DA SILVA		CPF titular da conta 773.742.583-72	Profissão qualificação
Endereço Rua do anginho		Número 000	Complemento
Cidade Acru do mato	Estado Roraima	CEP 62260-000	Telefone (DDD) 88-99941366
E-mail dayvsson1@hotmail.com			

Declaro, sob as penas da lei para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DFVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECLAMAR INFORMAÇÃO
☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
☒ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPEIRA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☒ BRADECO (33)
☐ BANCO DO BRASIL (201)
☐ ITAÚ (241)
☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA (044) 1629	DV 2	CONTA Nº 1001691	DV 6
(Informe o dígito se existe)		(Informe o dígito se existe)	

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BUNCO Nº 100	DV 000
AGÊNCIA Nº 100	DV 000
(Informe o dígito se existe)	

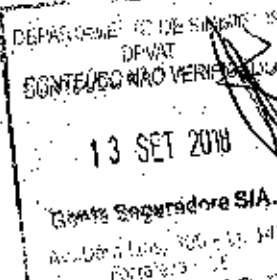
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DFVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

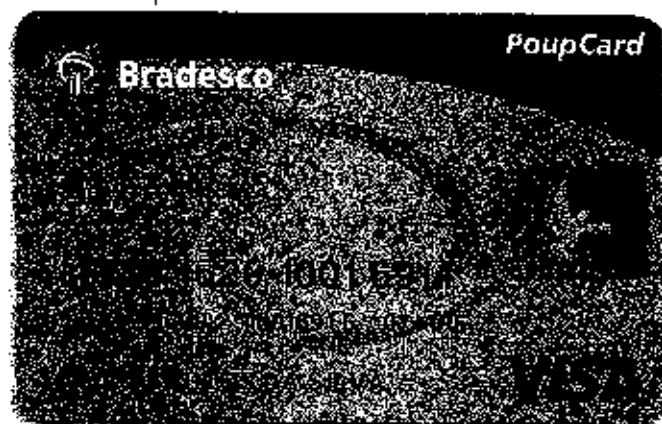
Roraima - 03 de setembro de 2018
Local e Data

João Carlos da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 SET 2018
Santa Catarina S/A.
147

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO CARLOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180424990

Vitima: JOAO CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 29/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DAYVSSON PONTES MAGALHAES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180424990**.

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 13365095



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180424990 **Cidade:** Reriutaba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 29/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75