



Número: **0800591-94.2018.8.20.5132**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São Paulo do Potengi**

Última distribuição : **10/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FRANCISCO FABIO DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>THIAGO JOFRE DANTAS DE FARIA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46368 101	10/07/2019 15:02	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
46368 110	10/07/2019 15:02	<a href="#"><u>2613274 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</u></a>	Outros documentos
46368 113	10/07/2019 15:02	<a href="#"><u>2613274 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</u></a>	Outros documentos

Juntada de petição.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO PAULO DO POTENGI/RN

Processo: 08005919420188205132

**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 **FRANCISCO FABIO DA SILVA**, 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,

SAO PAULO DO POTENGI, 8 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RN 980-A**

**ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR**  
**5432 - OAB/RN**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)

---

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **FRANCISCO FABIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170639605**  
Vitima: **FRANCISCO FABIO DA SILVA**  
Data do Acidente: **18/02/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170639605**.

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 12069268

Rio de Janeiro, 14 de Março de 2018

Carta nº: 12514012

A/C: FRANCISCO FABIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170639605  
Vitima: FRANCISCO FABIO DA SILVA  
Data do Acidente: 18/02/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO FABIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 001

Agência: 000000984-9

Conta: 000010024618-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.012,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

### CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO FRASIO DA SILVA

POR TADOR(A) DO RG N° 2.727.160 EXPEDIDO POR SESI RN EM 10/08/05 E

E RENDA MENSAL DE R\$        (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Fabio Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

 Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

### Autorização de pagamento

SEGRÖDERS LIDER DEBUTT DB 23-10-2017 14:28 346338 1/1  
09 da

**1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:**

- Conta salário e/ou benefício;
  - Conta pessoa jurídica;
  - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
  - Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
  - Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
  - Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
  - Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)):

**3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.**

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE

**CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

**CREDITO EM CONTA-POUPANCA DO BANCO DO BRASIL** - CONTA-POUPANCA 24618-2  
BANCO 001 - AGENCIA 001 (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA SE EXISTIR) - CONTA-POUPANCA 24618-2

**CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAU**

**DESPÓSITO EM CONTA DE CONTA DA CHINA, BANCO DA CHINA, BANCA CANTON**

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
BANCO 101 - AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA

**DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.**

LOCAL S. P. POTENGI/RN DATA 14/11/17

**ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)**

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.drovatsegurodotransito.com.br](http://www.drovatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SEGURIDAD LIDER DEPART 08 22-10-2017 14:29 346339 1/1

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3170639605  
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Fabio da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua da Liberdade, 599  
Novo Juremal Sao Paulo do Potengi RN CEP: 59460-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 002727160  
Data local do acidente: [ 18/02/2017 ]  
Data local do exame: [ 06/03/2018 ] NATAL [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA AO NÍVEL DA F1.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO EM FRATURA DE 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA, FEZ FISIOTERAPIAS.**  
**Complicações: NÃO APRESENTOU.**  
**Data da Alta: 13/09/2017**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**APRESENTA DEFORMIDADE FIXA EM FLEXÃO EM REGIÃO DE IFP DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDO, NÃO CONSEGUE FLEXÃO COMPLETA DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim**       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim**       Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**INVALIDEZ AO NÍVEL DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA COM LIMITAÇÃO DA ADM.**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias      ( ) "Sem sequela permanente"  
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): <b>3º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo</b>	Região Corporal (Sequela):
% do dano:      ( ) 10% residual      ( ) 25% leve ( ) 50% médio <b>(X) 75% intensa</b> ( ) 100% completo	% do dano:      ( ) 10% residual      ( ) 25% leve ( ) 50% médio      ( ) 75% intensa      ( ) 100% completo

VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

*Urai de Oliveira*  
DR. URAI DE OLIVEIRA  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4315

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

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

CLIENTE: FRANCISCO FABIO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00984-9

CONTA: 000010024618-4

---

Nr. da Autenticação D032551A32793427

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170639605      **Cidade:** São Paulo do Potengi      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO FABIO DA SILVA      **Data do acidente:** 18/02/2017      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 01/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE MÃO ESQUERDA

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELA.

### 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 %

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170639605      **Cidade:** São Paulo do Potengi      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO FABIO DA SILVA      **Data do acidente:** 18/02/2017      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA AO NÍVEL DA F1.

**Descrição do exame** APRESENTA DEFORMIDADE FIXA EM FLEXÃO EM REGIÃO DE IFP DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDO, NÃO CONSEGUE  
**médico pericial:** FLEXÃO COMPLETA DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** DATA DA ALTA: 13/09/2017  
REALIZADO TRATAMENTO EM FRATURA DE 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA, FEZ FISIOTERAPIAS.  
RESULTADOS LIMITADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO 3º DEDO DA MÃO  
ESQUERDA.  
COMPLICAÇÕES: NÃO APRESENTOU.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO IMPORTANTE DO 3º DEDO DA MÃO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** URAI DE OLIVEIRA

**CRM do médico:** 4315

**UF do CRM do médico:** RN

### 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
<b>Total</b>		<b>7,5 %</b>	<b>R\$ 1.012,50</b>	

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**