



Número: **0812540-96.2018.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **10/10/2018**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ISLA CARLA FERREIRA DE MELO (AUTOR)	ABEL ICARO MOURA MAIA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48665 543	09/09/2019 18:25	<u>PAGAMENTO DE PERÍCIA</u>	Guias de Recolhimento/ Depósito/ Custas
48665 544	09/09/2019 18:25	<u>2636631_JUNTADA_DE_HONORARIOS_PERICIAIS_JUR_01</u>	Documento de Comprovação
48665 545	09/09/2019 18:25	<u>2636631_JUNTADA_DE_HONORARIOS_PERICIAIS_JUR_Anexo_01</u>	Guias de Recolhimento/ Depósito/ Custas
48632 749	09/09/2019 11:21	<u>Laudo Pericial</u>	Termo
48632 753	09/09/2019 11:21	<u>2636631 - PERICIA PAUTA CONCENTRADA - Isla Carla Ferreira de Melo</u>	Laudo Pericial

PETIÇÃO E COMPROVANTE ANEXOS



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/09/2019 18:25:17
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090918251738300000047045357>
Número do documento: 19090918251738300000047045357

Num. 48665543 - Pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORO/RN

Processo: 08125409620188205106

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 **ISLA CARLA FERREIRA DE MELO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,
Pede Juntada.

MOSSORO, 9 de setembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
11929 - OAB/RN

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



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/09/2019 18:25:18
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090918251786600000047045358>
Número do documento: 19090918251786600000047045358

Num. 48665544 - Pág. 1



Nº DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	Nº DA CONTA JUDICIAL
0		02/09/2019	36	300133296811
DATA DA GUIA	Nº DA GUIA	Nº DO PROCESSO	TRIBUNAL	
30/08/2019	2636631	08125409620188205106	TRIBUNAL DE JUSTICA	
COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
MOSSORÓ	5 VARA CIVEL	RÉU	200,00	
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
		Jurídico		
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
ISLA CARLA FERREIRA DE MELO		Física	06672377476	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
6145C4023ED55DCE				



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 09/09/2019 18:25:18
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090918251823100000047045359>
Número do documento: 19090918251823100000047045359

Num. 48665545 - Pág. 1

Juntada de Laudo Pericial



Assinado eletronicamente por: THAYNA LAIZA SOUZA E SILVA - 09/09/2019 11:21:56
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090911215622400000047014683>
Número do documento: 19090911215622400000047014683

Num. 48632749 - Pág. 1

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE

[Art. 31º da Lei 11.945 de 04/06/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Nome completo: Isla Carla Ferreira de Melo
CPF: 066.723.774-76
Endereço completo: Vila Maisa, Quadra 8 , Casa 16 Ur1, Mossoro-rn

Informações do Acidente

Local: Mossoró
Data do acidente: 30/12/2015

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicados, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de verificação do grau de invalidez permanente em razão do processo judicial nº 0812540-96.2018.8.20.5106, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 5 Vara Cível ou JEC da Comarca de Mossoro-RN.

Mossoro - RN, 21 de agosto de 2019

_____ local e data

Isla Carla Ferreira de Melo

_____ assinatura da vítima

Avaliação Médica

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

Sim Não Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

MSE

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

**FRATURA PUNHO ESQUERDO - OSTEOSINTESE PLACA - RETIRADA (PARAFUSO ARTICULAR)
- DOR E EDEMA E PARESIAS DE DEDOS**

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

Sim Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) disfunções apenas temporárias

b) dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

DOR E EDEMA E PARESIAS DE DEDOS

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

Sim, em que prazo:



(X) Não

Em caso de enquadramento na opção 'a' do item IV ou da resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) () Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

b) (X) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1) () Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

b.2) (X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico	Marque aqui o percentual
1ª Lesão Perda funcional completa de um dos membros superiores - Lado Esquerdo	<input type="checkbox"/> 10% Residual <input type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input checked="" type="checkbox"/> 75% Intensa
2ª Lesão Lesões neurológicas que cursem com impedimento do livre deslocamento corporal	<input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual <input type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input type="checkbox"/> 75% Intensa
3ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual <input type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input type="checkbox"/> 75% Intensa
4ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual <input type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input type="checkbox"/> 75% Intensa

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico:
Mossoro - RN, 21 de agosto de 2019

Assinatura do médico perito - CRM

Manoel Fernandes da Silveira
CPF - 437.937.894-20
CRM - 2999-RN

Assinatura do médico assistente - CRM

Filippi Ranieri Alves
CPF - 048.337.304-48
CRM - 006963-RN



PARECER MÉDICO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA

[Art. 31º da Lei 11.945 de 04/06/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Nome completo: Isla Carla Ferreira de Melo
CPF: 066.723.774-76
Endereço completo: Vila Maisa, Quadra 8 , Casa 16 Ur1, Mossoro-rn

Informações do Acidente

Local: Mossoró
Data do acidente: 30/12/2015

Avaliação Médica

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

Sim Não Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

MSE

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

**FRATURA PUNHO ESQUERDO - OSTEOSINTESE PLACA - RETIRADA (PARAFUSO ARTICULAR)
- DOR E EDEMA E PARESIAS DE DEDOS**

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

Sim Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s) e, se for o caso, se as mesmas já estavam prescritas no momento da avaliação administrativa:

IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) disfunções apenas temporárias

b) dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

DOR E EDEMA E PARESIAS DE DEDOS

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

Sim, em que prazo:

Não

Em caso de enquadramento na opção 'a' do item IV ou da resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação e se for o caso, a partir do pagamento administrativo indicar: agravamento, melhora e/ou nova lesão:

Agravamento

Melhora

Nova lesão



Segmento corporal acometido:

a) () Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

b) (X) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1) () Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

b.2) (X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico	Marque aqui o percentual
1ª Lesão	
Perda funcional completa de um dos membros superiores - Lado Esquerdo	
() 10% Residual () 25% Leve () 50% Média (X) 75% Intensa	
2ª Lesão	
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do livre deslocamento corporal	
(X) 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa	
3ª Lesão	
() 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa	
4ª Lesão	
() 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa	

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

JUSTIFICATIVA DE CONCORDÂNCIA COM A PERICIA JUDICIAL:

JUSTIFICATIVA DE DIVERGÊNCIA DA PERÍCIA JUDICIAL:

Local e data da realização do exame médico:
Mossoro - RN, 21 de agosto de 2019

Assinatura do assistente TÉCNICO - CRM




Filippi Ranieri Alves
CPF - 048.337.304-48
CRM - 006963-RN

