



Número: **0800836-23.2017.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **03/05/2017**

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

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA (AUTOR)	JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO) MAYARA MONIQUE PEREIRA QUEIROGA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
26983 535	11/12/2019 16:58	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
26983 537	11/12/2019 16:58	<a href="#"><u>2666037_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos
26983 538	11/12/2019 16:58	<a href="#"><u>2666037_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 16:58:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121116583204900000026049152>  
Número do documento: 19121116583204900000026049152

Num. 26983535 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2017

Carta nº: 11260028

A/C: LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170357304 ASL-0247247/17

**Vitima:** LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA  
**Data Acidente:** 22/01/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JAQUES RAMOS WANDERLEY

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00711/00712 - carta\_01



00020356



---

Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2017

Carta n°: 11260972

A/C: LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170357304 ASL-0247247/17  
Vitima: LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA  
Data Acidente: 22/01/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 28/06/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 22/01/2017. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
- faltando página



Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA**  
Nº Sinistro: **3170357304**  
Vitima: **LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA**  
Data do Acidente: **22/01/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JAQUES RAMOS WANDERLEY**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3170357304**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 01/278 - carta\_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **Sabermi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 12021920

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**





Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA**

Sinistro: **3170357304**  
Vítima: **LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA**  
Data do Acidente: **22/01/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JAQUES RAMOS WANDERLEY**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170357304** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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**

Pag. 00695/00696 - carta\_02 - INVALIDEZ



00696348

Carta nº 12164185



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 16:58:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121116583338000000026049154>  
Número do documento: 19121116583338000000026049154

Num. 26983537 - Pág. 4

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12408109

A/C: LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA

Nº Sinistro: 3170357304  
Vitima: LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA  
Data do Acidente: 22/01/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

**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: LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000036021-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### 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/reembolso.

#### 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 <b>3170357304</b>	CPF da Vítima <b>056.014.184-03</b>	Nome completo da vítima <b>LINDINALDO SOANCS DE ALMEIDA</b>
--	--	--

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <b>LINDINALDO SOANCS DE ALMEIDA</b>	CPF titular da conta <b>056.014.184-03</b>	Profissão <b>AGRICULTOR</b>
Endereço <b>RUA GENALDO DE OLIVEIRA NOBREGA</b>	Número <b>103</b>	Complemento <b></b>
Bairro <b>FCO. PAULINO</b>	Cidade <b>POMBAL</b>	Estado <b>PB</b>
Email <b></b>	CEP <b>58.840-000</b>	Telefone (DDD) <b>(183) 999746322</b>

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO _____ NRO. _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> AGENCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO. <b>0732</b>	CONTAS NRO. <b>36021</b>	(Informar dígito se existir)	
D/V <b>1</b>	CONTAS NRO. <b>1</b>	(Informar dígito se existir)	

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 DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**POMBAL-PB, 12 de JANEIRO de 2018**

Local e Data

**Lindinaldo Soans da snula**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 16:58:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=191211165833800000026049154>  
Número do documento: 191211165833800000026049154

Num. 26983537 - Pág. 6



AUTO-ATENDIMENTO - AG. POMBAL  
DATA: 12/01/2018 HORA: 09:20:36  
TERMINAL: 07321788 CONTROLE: 073217880107

AGÊNCIA: 0732 - POMBAL  
CONTA: 013.00036021-1  
CLIENTE: LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE  
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
07/01	0,80

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	0,80C

Janeiro

02/01	639532	CRED TEV	100,00C
02/01	021618	SAQUE ATM	100,00D
07/01	000000	REM BASICA	0,00C
09/01	100195	DP DINH AG	150,00C
09/01	091159	SQ CX. AQUI	150,00D

RESUMO EM 11/01

SALDO	0,80C
-------	-------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	0,80C
SALDO TOTAL	0,80C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://CAIXA.GOV.BR/VOCE)



EIFX  
CAIXA-SICRS

Sistema da Conta Eletrônica  
Desmarca Poupança Fácil

12/01/2018  
#20 10:17:21

Agen.: 0732 Op.: 013 Conta: 000360211 Nome: LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA  
CPF: 000005601418403 NIS: 0000000000000000

Marcacao : ( )

Desmarcacao : ( X )

Efetuado por : C086182

---

Mens: MARCACAO/DESMARCACAO COM SUCESSO  
F3=Retorna F12=Fim



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 16:58:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121116583338000000026049154>  
Número do documento: 19121116583338000000026049154

Num. 26983537 - Pág. 8

## 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

Sinistro: 3170357304 - 1

Nome do(a) Examinado(a): LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA GERALDO DE OLIVEIRA NOBREGA nº 103 - FCO PAULINO - POMBAL/PB

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2151738 - SSP

Data local do exame: 03/01/2018 POMBAL/PB

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM  NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM  NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 22/01/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITAS. O MESMO FOI INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA NO DIA 08/02/2017 COM USO DE PLACA DCP 4,5 MM E 6 PARAFUSOS CORTICais. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS 5 DIAS E FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA E NO MOMENTO ENCONTRASE EM ALTA ORTOPÉDICA.

EVOLUIU COM DEFORMIDADE EM ANTI CURVATO DE 10° EM TERÇO MÉDIO DISTAL DA PERNAS. AUMENTO DE VOLUME. CALO ÓSSEO EXUBERANTE. ALTERAÇÃO DA MUSCULATURA EM FACE LATERAL DA PERNAS. DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO TORNozELO GRAU II. RIGIDEZ MODERADA DO TORNozELO. DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 25°. RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM FACE ANTERIOR DA PERNAS.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

#### DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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  Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela) Região Corporal(Sequela)

#### MEMBRO INFERIOR DIREITO

10%  25%  50%  75%  100%  10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%  10%  25%  50%  75%  100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

#### NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - POMBAL, 03/01/2018

Médico Perito: TIAGO MARTINS FORMIGA CRM:8085/PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 16:58:34  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121116583338000000026049154  
Número do documento: 19121116583338000000026049154

Num. 26983537 - Pág. 9

Tiago Martins Formiga

Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Traumatologia  
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE  
TEOT 14830

Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 16:58:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121116583338000000026049154>  
Número do documento: 19121116583338000000026049154

Num. 26983537 - Pág. 10

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3170357304 Cidade: Pombal Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA Data do acidente: 22/01/2017 Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

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

Data da análise: 28/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NA Perna DIREITA

Resultados terapêuticos: FRATURA DA TÍBIA; SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS

Sequelas permanentes: CLAUDICAÇÃO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO INFERIOR 25% (PERDA FUNCIONAL LEVE)

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDENIZADO COM BASE EM DOCUMENTAÇÃO CONSISTENTE

### 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE POMBAL/PB**

**Processo:** 08008362320178150301

**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 **LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

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

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 16:58:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121116583421300000026049155>  
Número do documento: 19121116583421300000026049155

Num. 26983538 - Pág. 1

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

**Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelênci, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

POMBAL, 9 de dezembro de 2019.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES  
15477 - OAB/PB**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 16:58:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121116583421300000026049155>  
Número do documento: 19121116583421300000026049155

Num. 26983538 - Pág. 2