



Número: **0812095-97.2021.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **01/03/2021**

Valor da causa: **R\$ 4.362,50**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RENATO CORDEIRO DO NASCIMENTO (AUTOR)		DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (REU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
83949192	15/06/2022 12:41	Petição	Petição
83949195	15/06/2022 12:41	2840418_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição
83949196	15/06/2022 12:41	2840418_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros documentos

Juntada de impugnação ao laudo pericial.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08120959720218205001

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, 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 **RENATO CORDEIRO DO NASCIMENTO**, 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:

Informa, inicialmente, que não tem interesse na realização de audiência de conciliação.

No mais, informa que equivocadamente indicou pagamento administrativo que se refere à acidente anterior sofrido no ano de 2016, razão pela qual requer a juntada do comprovante de pagamento correto relativo ao sinistro atual, cujo valor corrobora a quantia admitida pelo autor.

DO LAUDO PERICIAL

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

Houve pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais).

ITAU UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	05/04/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	319019606601
VALOR TOTAL:	1.350,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATO CORDEIRO DO NASCIMENTO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02746

CONTA: 000000023200

Número da Autenticação

336D07FCBEEA4E59987FE527C3BF5BEAE1246491E7D8C54868CB66C14831CA77

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



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.

Dessa forma, na remota hipótese de condenação, requer sejam devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 13 de junho de 2022.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190196066 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO CORDEIRO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 14/10/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO E TRAUMA NA MÃO DIREITA.

Descrição do exame físico: EDEMA AO NÍVEL DO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO COMPLETA NA IFP DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA COM DIFICULDADE PARA PINÇA JUNTO AO POLEGAR DIREITO, LIMITAÇÃO LEVE DA MOBILIDADE DO ANTEPÉ DIREITO, CREPITAÇÃO JUNTO A IFP DO APARELHO EXTENSOR DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO COM CONSOLIDAÇÃO DO 5º METATARSO DO PÉ DIR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO 2º DEDO DA MÃO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/03/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



**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: 3190196066
Nome do(a) Examinado(a): Renato Cordeiro do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Brigadeiro Trompowsky, 1295 Ap-304
Passagem de Areia Parnamirim RN CEP: 59146-060
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002663945
Data local do acidente: [14/10/2018]
Data local do exame: [26/03/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO E TRAUMA NA MÃO DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DO 5º METATARSO DO PÉ E 2º QUIRODACTILO À DIREITA DIREITO. NÃO FEZ FISIOTERAPIAS.
Data da Alta: 28/02/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
EDEMA AO NÍVEL DO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO COMPLETA NA IFP DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA COM DIFICULDADE PARA PINÇA JUNTO AO POLEGAR DIREITO, LIMITAÇÃO LEVE DA MOBILIDADE DO ANTEPÉ DIREITO, CREPITAÇÃO JUNTO A IFP DO APARELHO EXTENSOR DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
 Sim Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
 Sim Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
INVALIDEZ AO NÍVEL DO PÉ E 2º DEDO DA MÃO DIREITA COM DISFUNÇÃO DE SEGMENTO.
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" "Sem seqüela 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)
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Seqüela):
PÉ - Lado Direito | Região Corporal (Seqüela):
2º DEDO DA MÃO - Lado Direito |
| % do dano: <input checked="" type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input checked="" type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Uraí de Oliveira

DR. URAÍ DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190196066

Vítima: RENATO CORDEIRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 14/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KENNEDY CRUZ DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENATO CORDEIRO DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **RENATO CORDEIRO DO NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **341**

Agência: **000002746**

Conta: **0000023200-4**

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,

