



Número: **0860040-22.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **26/10/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FRANCISCO TARGINO DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)</b>
<b>PORTO SEGURO S/A (RÉU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41662 755	08/04/2019 16:22	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
41662 852	08/04/2019 16:22	<a href="#"><u>2581398 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</u></a>	Outros documentos
41662 884	08/04/2019 16:22	<a href="#"><u>2581398 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</u></a>	Outros documentos

Juntada de petição.



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

**Processo:** 08600402220178205001

**PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**, 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 TARGINO 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, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

NATAL, 5 de abril 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 Novembro de 2017

Carta nº: 11917180

A/C: FRANCISCO TARGINO DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170588142 ASL-0421643/17

**Vitima:** FRANCISCO TARGINO DA SILVA

**Data Acidente:** 14/07/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** EMERSON CRISTIAN DE OLIVEIRA CAVALCANTI

**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 ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2017

Carta nº: 11939441

A/C: FRANCISCO TARGINO DA SILVA

**Sinistro:** 3170588142 ASL-0421643/17  
**Vítima:** FRANCISCO TARGINO DA SILVA  
**Data Acidente:** 14/07/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** EMERSON CRISTIAN DE OLIVEIRA CAVALCANTI

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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).

**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!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12044446

A/C: FRANCISCO TARGINO DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3170588142  
**Vitima:** FRANCISCO TARGINO DA SILVA  
**Data do Acidente:** 14/07/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** EMERSON CRISTIAN DE OLIVEIRA CAVALCANTI

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 TARGINO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000003619

Conta: 0000006984-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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**



**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**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO TARGINO DA SILVA** Sinistro: **3170588142** Data: **14/07/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua João Alfredo, 22, CS - Nova Parnamirim - Parnamirim - RN - CEP 59152-830**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **690.649**

Data local do exame: [ **28/11/2017** ] **Natal** [ **RN** ]

**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 FECHADA SEGMENTAR DO TERÇO MÉDIO DISTAL DA TÍBIA DIREITA. A VÍTIMA REFERE DOR E INCHACO NA Perna e no tornozelo direitos, com dificuldade para deambular. Ao exame físico a vítima se apresenta em uso de muletas, edema ++/++ na perna e no tornozelo direitos. Hipotrofia muscular da panturrilha direita. Amplitude de movimento da flexo extensão do joelho direito de 40º-90º. Amplitude de movimento da flexão dorsal do tornozelo direito de 10º, flexão plantar de 20º, eversão de 5º e inversão de 10º. Sem déficit neuro-vascular.**

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? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

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? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

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

**TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DA TÍBIA DIREITA, COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 90 DIAS (SIC). EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO E DO TORNозELO DIREITO. RELATA QUE FEZ APENAS 3 SESSÕES DE FISIOTERAPIA (SIC).**

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

**Limitação funcional do membro inferior direito**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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)

( ) "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):  
**Membro inferior direito**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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 valoração do dano corporal.

**A VÍTIMA PORTAVA RX DA FRATURA SUPRA CITADA.**

*Rose Maria Soz dos Santos*

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170588142      **Cidade:** Parnamirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO TARGINO DA SILVA      **Data do acidente:** 14/07/2017      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 10/11/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** ESCORIAÇÕES E FRATURA DE Perna DIREITA

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>

### 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:**

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: FRANCISCO TARGINO DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 03619

CONTA: 00000006984-6

---

Autenticação:

C29A7D19E4208EBB9D5B540A23AC90B4CC987D4BD7E5BB283EB49BE0F944BE8

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170588142      **Cidade:** Parnamirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO TARGINO DA SILVA      **Data do acidente:** 14/07/2017      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA SEGMENTAR DO TERÇO MÉDIO DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DOR E INCHAÇO NA Perna E NO TORNOZELO DIREITOS, COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA SE APRESENTA EM USO DE MULETAS, EDEMA ++/4+ NA Perna E NO TORNOZELO DIREITOS. HIPOTROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA DIREITA. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO DE 40°-90°. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA FLEXÃO DORSAL DO TORNOZELO DIREITO DE 10°, FLEXÃO PLANTAR DE 20°, EVERSAO DE 5° E INVERSAO DE 10°. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DA TÍBIA DIREITA, COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 90 DIAS (SIC). EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO E DO TORNOZELO DIREITO. RELATA QUE FEZ APENAS 3 SESSÕES DE FISIOTERAPIA (SIC).

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/11/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** A VÍTIMA PORTAVA RX DA FRATURA SUPRA CITADA.

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

### PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ ANTONIO SERODIO

**CRM do médico:** 52.16328-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**