



Número: **0838440-42.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>JEFFERSON SANKLER FERNANDES (AUTOR)</b>	<b>JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)</b>
<b>PORTO SEGURO S/A (RÉU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42568 853	30/04/2019 14:59	<a href="#">Petição</a>	Petição
42568 869	30/04/2019 14:59	<a href="#">2586578 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</a>	Outros documentos
42568 879	30/04/2019 14:59	<a href="#">2586578 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</a>	Outros documentos

Juntada de petição.



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

**Processo:** 08384404220178205001

**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 **JEFFERSON SANKLER FERNANDES**, 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, 29 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, 12 de Julho de 2017

Carta nº: 11289100

A/C: JEFFERSON SANKLER FERNANDES

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170367963 ASL-0256344/17**  
**Vitima: JEFFERSON SANKLER FERNANDES**  
**Data Acidente: 06/04/2017**  
**Natureza: INVALIDEZ**  
**Procurador:**

**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 início 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, 13 de Julho de 2017

Carta nº: 11301374

A/C: JEFFERSON SANKLER FERNANDES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170367963 ASL-0256344/17

Vítima: JEFFERSON SANKLER FERNANDES

Data Acidente: 06/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **04/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **06/04/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Documentos de identificação ilegível

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 **ARUANA SEGUROS 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, 07 de Agosto de 2017

Carta nº: 11437900

A/C: JEFFERSON SANKLER FERNANDES

Sinistro: 3170367963 ASL-0256344/17  
Vítima: JEFFERSON SANKLER FERNANDES  
Data Acidente: 06/04/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag: 01323/01324 - carta\_02



Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2017

Carta nº: 11513001

A/C: JEFFERSON SANKLER FERNANDES

Sinistro: 3170367963 ASL-0256344/17  
Vitima: JEFFERSON SANKLER FERNANDES  
Data Acidente: 06/04/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

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: JEFFERSON SANKLER FERNANDES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 000004568-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

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

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: JEFFERSON SANKLER FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000004568-4

---

---

Nr. da Autenticação 670593F650C8C8F0

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170367963 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEFFERSON SANKLER FERNANDES **Data do acidente:** 06/04/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO HEMATOMA SUB DURAL.

**Descrição do exame médico pericial:** TONTURAS, ESQUECIMENTOS, FERIMENTO CICATRIZADO AO NÍVEL CRANIANO A DIREITA, REFERE NAUSÊAS CONSTANTES.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO CRANIOTOMIA E DRENAGEM DE HEMATOMA CRANIANO.

**Sequelas permanentes:** LESÃO NEUROLÓGICA COM DANO COGNITIVO COMPORTAMENTAL.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/08/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** APRESENTA LESÃO NEUROLÓGICA COM DANO COGNITIVO COMPORTAMENTAL COM SEQUELA FUNCIONAL LEVE. FEITA READEQUAÇÃO DO DANO FUNCIONAL PARA SEQUELA NEUROLÓGICA COM DANO COGNITIVO COMPORTAMENTAL.

**Médico examinador:** Ura 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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** LAERTE FELIX DE MATTOS

**CRM do médico:** 52.34636-3

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170367963 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEFFERSON SANKLER FERNANDES **Data do acidente:** 06/04/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 07/08/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TCE

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

### 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 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** CARLOS MIRANDA CHAGAS

**CRM do médico:** 52.34765-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170367963 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEFFERSON SANKLER FERNANDES **Data do acidente:** 06/04/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO HEMATOMA SUB DURAL.

**Descrição do exame médico pericial:** TONTURAS, ESQUECIMENTOS, FERIMENTO CICATRIZADO AO NÍVEL CRANIANO A DIREITA, REFERE NAUSÉAS CONSTANTES.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO CRANIOTOMIA E DRENAGEM DE HEMATOMA CRANIANO.

**Sequelas permanentes:** LESÃO NEUROLÓGICA COM DANO COGNITIVO COMPORTAMENTAL.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/08/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** APRESENTA LESÃO NEUROLÓGICA COM DANO COGNITIVO COMPORTAMENTAL COM SEQUELA FUNCIONAL LEVE. FEITA READEQUAÇÃO DO DANO FUNCIONAL PARA SEQUELA NEUROLÓGICA COM DANO COGNITIVO COMPORTAMENTAL.

**Médico examinador:** Ura 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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** LAERTE FELIX DE MATTOS

**CRM do médico:** 52.34636-3

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**