



Número: **0019897-16.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAMIAO CICINATO DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45735060	27/05/2019 11:39	<a href="#">2596794_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF</a>	Petição em PDF



**EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE / PE - SEÇÃO B**

**Processo n. 00198971620198172001**

**MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representadas, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DAMIAO CICINATO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>ª</sup>, apresentar

**CHAMAMENTO DO FEITO À ORDEM**

O Autor ingressou com ação judicial requerendo a condenação da Ré ao pagamento da indenização securitária por seguro DPVAT, tendo em vista acidente automobilístico ocorrido em **02.02.2018**.

Merece destaque que o autor ingressou com pedido administrativo e após análise pericial o pedido foi NEGADO em razão da ausência de invalidez permanente, motivo pelo qual o autor ingressou com a presente demanda.



Cumpre-nos esclarecer que o autor sofreu OUTRO acidente automobilístico em **08.02.2010**, que ocasionou **LESÕES NEUROLÓGICAS** recebendo o montante de 13.500,00(treze mil e quinhentos reais).

### PARECER DE PERICIA MEDICA

seguradora lider nos  
Consórcios do Seguro DPVAT

#### DADOS DO SINISTRO

<b>Número:</b> 2011215894	<b>Cidade:</b> BEZERROS	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> DAMIAO CICINATO DA SILVA	<b>Data do acidente:</b> 08/02/2010	<b>Emissor do parecer:</b> Camila Monteiro dos Santos
<b>Seguradora:</b> NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A	<b>Prestadora:</b> CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	<b>CRM do médico:</b> 13735

#### PARECER

<b>Diagnóstico:</b> Traumatismo crânio-encefálico grave.
<b>Descrição do exame médico pericial:</b> Neurológico: Agitado com déficit cognitivo importante, total dependência para todos os atos de vida social e diária.
<b>Resultados terapêuticos:</b> Traumatismo crânio-encefálico grave (tratamento clínico conservador).
<b>Sequelas permanentes:</b> APRESENTA PERDA TOTAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.
<b>Sequelas :</b> Não definido
<b>Data da perícia:</b> 09/09/2011
<b>Conduta mantida:</b> Não
<b>Observações:</b>
<b>Valor pleiteado:</b> 13.500,00
<b>Médico avaliador:</b> DANIEL HENRIQUE GALVAO FERREIRA
<b>UF do CRM do PE médico:</b>

#### DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100	1	100



### Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

#### Informações do Acidente

Sinistro: 2011/215894  
Vítima: DAMIAO CICINATO DA SILVA  
Local: PE-BEZERROS  
Data do Acidente: 08/02/2010

#### Avaliação do Medico Perito Legista

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

- a) ☒ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s):

*snc*

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.

*Traumatismo crânio-encefálico grave (tratamento clínico conservador).*

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

- a) ☐ SIM b) ☒ NÃO

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

IV. Segundo o exame medico 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.

*Neurológico: Agitado com déficit cognitivo importante, total dependência para todos os atos de vida social e diária.*

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

- a) ☐ SIM, em que prazo:  
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de 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:

Segmento corporal acometido:

- a) ☒ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).  
b) ☐ 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)



## BANCO DO BRASIL

### COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	22/09/2011
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	13.500,00

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

CLIENTE: DAMIAO CICINATO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02559-3

CONTA: 000010008144-4

---

Nr. da Autenticação 78569CCB7F9C654F

Desta forma, pugna a Ré pela intimação do autor para que preste esclarecimentos acerca do pagamento administrativo informado.

Por fim, pugna a Ré pela consideração do pagamento administrativo no valor de R\$ 13.500,00(treze mil e quinhentos reais), tendo em vista que, nos casos de invalidez permanente TOTAL a vítima receberá o montante de ATÉ R\$ 13.500,00, não existindo a possibilidade de receber além deste valor alegando novo sinistro e nova lesão, o que levaria o autor a beneficiar-se economicamente as expensas da ré e sob o manto do Poder Judiciário, não podendo receber além do limite máximo indenizável.



Contudo, conforme resta cabalmente comprovado a existência de causa extintiva, a saber, o pagamento administrativo integral da indenização devida.

Portanto, tendo ficado evidenciado que na presente demanda já houve pagamento administrativo, a peticionante reitera que o mesmo, realizado em favor do autor, deu-se após meticulosa análise da documentação apresentada, sendo liberado o valor da indenização na monta de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Termos em que,  
pede deferimento.

RECIFE, 23 de maio de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**

