



Número: **0814326-39.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

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	
RENNIER HORRAS LIMA DA SILVA (AUTOR)		FABIO MACHADO DA SILVA (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43693003	31/05/2019 16:19	Petição	Petição
43693018	31/05/2019 16:19	2597958 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
43693030	31/05/2019 16:19	2597958 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos

Juntada de petição.



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

Processo: 08143263920178205001

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 **RENNIER HORRAS LIMA 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, 29 de maio 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

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

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2015

Carta nº: 7799652

A/C: RENNIER HORRAS LIMA DA SILVA

Sinistro: 3150803405
Vitima: RENNIER HORRAS LIMA DA SILVA
Data Acidente: 23/07/2015
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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2015

Carta nº: 7883004

A/C: RENNIER HORRAS LIMA DA SILVA

Sinistro: 3150803405
Vítima: RENNIER HORRAS LIMA DA SILVA
Data Acidente: 23/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.dpvatsegurodotransito.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. 00729/00730 - carta_02



**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): Rennier Horras Lima da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Açu, 678
Centro Ceará-mirim RN CEP: 59570-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 3014757
Data local do exame: [02/10/2015] 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)

TRAUMA CORTO CONTUSO AO NÍVEL DISTAL DE COXA DIREITA COM FERIMENTO TRANSVERSO EXTENSO E AO NÍVEL DO CALCANEÓ DIREITO - APRESENTA FERIDA ABERTA AO NÍVEL PLANTAR DO CALCANEÓ DIREITO, FERIMENTO DA COXA CICATRIZADO EM SUA MAIOR DIMENSÃO E COM DRENAGEM DE SECREÇÃO POR FÍSTULA PEQUENA PROXIMAL DE FERIMENTO CONCOMITANTE, EDEMA DE PERNA DIREITA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO DE JOELHO DIREITO.

- 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.

REALIZADO CIRURGIA AO NÍVEL DA COXA E DO CALCANEÓ DIREITO, AINDA COM FERIDA ABERTA AO NÍVEL PLANTAR DO CALCANEÓ DIREITO. DRENAGEM DE SECREÇÃO AO NÍVEL PROXIMAL DE FERIDA DA COXA DIREITA.

- 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.

INVALIDEZ ANATÔMICA E FUNCIONAL AO NÍVEL DO MEMBRO INFERIOR A DIREITA COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(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 (Sequela):

Membro inferior - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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.

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

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

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:	12/11/2015
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENNIER HORRAS LIMA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01069

CONTA: 000000062720-9

Nr. da Autenticação DBA940BFC40DAD67

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150803405 **Cidade:** Ceará-Mirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENNIER HORRAS LIMA DA SILVA **Data do acidente:** 23/07/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE CALCANEIO DIREITO, JOELHO DIREITO E COXA DIREITA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO INCONCLUSIVO

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

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:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150803405 **Cidade:** Ceará-Mirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENNIER HORRAS LIMA DA SILVA **Data do acidente:** 23/07/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO AO NÍVEL DISTAL DE COXA DIREITA COM FERIMENTO TRANSVERSO EXTENSO E AO NÍVEL DO CALCANEIO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA FERIDA ABERTA AO NÍVEL PLANTAR DO CALCANEIO DIREITO, FERIMENTO DA COXA CICATRIZADO EM SUA MAIOR DIMENSÃO E COM DRENAGEM DE SECREÇÃO POR FÍSTULA PEQUENA PROXIMAL DE FERIMENTO CONCOMITANTE, EDEMA DE PERNA DIREITA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO DE JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO CIRURGIA AO NÍVEL DA COXA E DO CALCANEIO DIREITO, AINDA COM FERIDA ABERTA AO NÍVEL PLANTAR DO CALCANEIO DIREITO. DRENAGEM DE SECREÇÃO AO NÍVEL PROXIMAL DE FERIDA DA COXA DIREITA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR A DIREITA

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/10/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150803405 **Cidade:** Ceará-Mirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENNIER HORRAS LIMA DA SILVA **Data do acidente:** 23/07/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO AO NÍVEL DISTAL DE COXA DIREITA COM FERIMENTO TRANSVERSO EXTENSO E AO NÍVEL DO CALCANEIO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA FERIDA ABERTA AO NÍVEL PLANTAR DO CALCANEIO DIREITO, FERIMENTO DA COXA CICATRIZADO EM SUA MAIOR DIMENSÃO E COM DRENAGEM DE SECREÇÃO POR FÍSTULA PEQUENA PROXIMAL DE FERIMENTO CONCOMITANTE, EDEMA DE PERNA DIREITA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO DE JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO CIRURGIA AO NÍVEL DA COXA E DO CALCANEIO DIREITO, AINDA COM FERIDA ABERTA AO NÍVEL PLANTAR DO CALCANEIO DIREITO. DRENAGEM DE SECREÇÃO AO NÍVEL PROXIMAL DE FERIDA DA COXA DIREITA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR A DIREITA

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/10/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Rennier Horras Lima da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 3014757

EXPEDIDO POR SSP/RN

EM 01 / 07 / 2014

CPF 0.988251164-75 / CNPJ _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____

(*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rennier H. Lima da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Entos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

ermos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
o: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.

ra mensal;

tas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;

-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento

cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL
PVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito.

escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1069 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 62730-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

05 de Novembro de 2015
LOCAL E DATA
Rennier Horras Lima da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.