



Número: **0800211-35.2018.8.20.5144**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Monte Alegre**

Última distribuição : **21/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO PAULINO DE OLIVEIRA (AUTOR)		ERONDINA MARIA DANTAS PRAXEDES DO AMARAL (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44246229	10/06/2019 17:16	<a href="#">Petição</a>	Petição
44246244	10/06/2019 17:16	<a href="#">2603899 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</a>	Outros documentos
44246249	10/06/2019 17:16	<a href="#">2603899 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</a>	Outros documentos

Juntada de petição.



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MONTE ALEGRE/RN**

**Processo:** 08002113520188205144

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, 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 **ANTONIO PAULINO DE OLIVEIRA**, 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,

MONTE ALEGRE, 6 de junho 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, 19 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO PAULINO DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180270906**

Vítima: **ANTONIO PAULINO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **01/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ERONDINA MARIA DANTAS PRAXEDES DO AMARAL**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180270906**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12974403

Pag. 01473/01474 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO PAULINO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180270906

Vítima: ANTONIO PAULINO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 01/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERONDINA MARIA DANTAS PRAXEDES DO AMARAL

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180270906**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01323/01324 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12974581

Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO PAULINO DE OLIVEIRA  
Nº Sinistro: 3180270906  
Vítima: ANTONIO PAULINO DE OLIVEIRA  
Data do Acidente: 01/10/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ERONDINA MARIA DANTAS PRAXEDES DO AMARAL

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180270906**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00657/00658 - carta\_03 - INVALIDEZ



00040329

Carta nº 13022179

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO PAULINO DE OLIVEIRA  
Nº Sinistro: 3180270906  
Vítima: ANTONIO PAULINO DE OLIVEIRA  
Data do Acidente: 01/10/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ERONDINA MARIA DANTAS PRAXEDES DO AMARAL

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180270906**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00745/00746 - carta\_03 - INVALIDEZ



00060373

Carta nº 13103291



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180270906 **Cidade:** Monte Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO PAULINO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 01/10/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 24/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM CONSEQUÊNCIA AO TRAUMA SOFRIDO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# 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:	27/07/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

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

CLIENTE: ANTONIO PAULINO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000087439-7

---

---

Nr. da Autenticação 11370697075DA9F1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180270906 **Cidade:** Monte Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO PAULINO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 01/10/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 17/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA.  
ROTAÇÃO LATERAL DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO APRESENTAR RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO AMBULATORIAL E EXAMES DE IMAGEM COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA.

### 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

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180270906 **Cidade:** Monte Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO PAULINO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 01/10/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 24/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM CONSEQUÊNCIA AO TRAUMA SOFRIDO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**