



Número: **0024817-33.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE BEZERRA DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48101 441	22/07/2019 09:48	<a href="#">2604759_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF</a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo:** 00248173320198172001

**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 **JOSE BEZERRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., informar para ao final requerer o que segue:

Trata se de demanda onde o autor alega ter sofrido acidente automobilístico no dia **23.03.2018**, conforme boletim de ocorrência acostado, e que em decorrência deste veio a sofrer lesões de caráter permanente, pleiteando a complementação do seguro DPVAT.

Merece destaque que o autor ingressou com pedido administrativo e após análise pericial foi negado em decorrência da ausência de invalidez permanente.



**PARECER DE ANÁLISE MÉDICA****DADOS DO SINISTRO**

Número: 3180293759 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JOSE BEZERRA DA SILVA Data do acidente: 23/03/2018 Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

Data da análise: 22/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das  
sequelas:

Documentos  
complementares:

Observações: FOI SOLICITADO RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DESCREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO, PORÉM NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MÉDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS. E, SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL, NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**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

Cumpre-nos esclarecer que o autor sofreu DIVERSOS ACIDENTE COM PAGAMENTOS PARA OS REFERIDOS CASOS.

**1 – ACIDENTE: 25.05.2012**

### Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

#### Informações do Acidente

Sinistro: 2012/398100  
Vítima: JOSE BEZERRA DA SILVA  
Local: PE-CARUARU  
Data do Acidente: 25/05/2012

#### 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);

**MSE**

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.

**FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO- OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS**

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 anatómico e/ou funcional definitivo(sequelas)

Em caso de dano anatómico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

**MSE- LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO E DA SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO**

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) anatómico(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 anatómico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
- b) ☒ Parcial (Dano anatómico 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 anatómico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
- b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido



**Segmento Anatômico**

1ª Lesão

**MSE**

Marque o percentual

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - GARANHUNS, 02/09/2012

Médico Perito:

Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890

Dra. Dores M. B. C. Mendes

Médica Perita

**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: 12/09/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOSE BEZERRA DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03090

CONTA: 000060001535-0



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

<b>Número:</b> 2012398100	<b>Cidade:</b> Caruaru	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> JOSE BEZERRA DA SILVA	<b>Data do acidente:</b> 25/05/2012	<b>Emissor do parecer:</b> GABRIEL JOÃO LOURENÇA DA SILVA
<b>Seguradora:</b> CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	<b>Prestadora:</b> CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	<b>CRM do médico:</b> 52258890

PARECER

<b>Diagnóstico:</b> FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.
<b>Descrição do exame médico pericial:</b> MSE- LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO E DA SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO.
<b>Resultados terapêuticos:</b> FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO- OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
<b>Sequelas permanentes:</b> APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
<b>Sequelas :</b>
<b>Data da perícia:</b> 02/09/2012
<b>Conduta mantida:</b> Não
<b>Observações:</b>
<b>Valor pleiteado:</b> 9.450,00
<b>Médico avaliador:</b> DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES
<b>UF do CRM do médico:</b> RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70	1	25

Valor avaliado: 2.362,50



2 – ACIDENTE: 21.02.2011

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: 19/11/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOSE BEZERRA DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03090

CONTA: 000060001535-0

---

Nr. da Autenticação E0768AAA8CEF1CF7



### 3 – ACIDENTE

#### PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



##### DADOS DO SINISTRO

<b>Número:</b> 2012518948	<b>Cidade:</b> Caruaru	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> JOSE BEZERRA DA SILVA	<b>Data do acidente:</b> 21/02/2011	<b>Emissor do parecer:</b> Jorge Alberto C. de Souza
<b>Seguradora:</b> CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	<b>Prestadora:</b> Visão Médica Ltda	<b>CRM do médico:</b> 377300

##### PARECER

**Data da análise:** 13/11/2012  
**Valoração do IML:**  
**Perícia médica:** Não  
**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVICULA DIREITA  
**Resultados terapêuticos:**  
**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MS DIREITO  
**Sequelas:** Com sequela  
**Conduta mantida:** Não  
**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL /MS DIREITO:25% DE 70%  
**Documentos complementares:**  
**Observações:**  
**Valor pleiteado:** 13.500,00  
**Médico avaliador:** JORGE CAMPOS  
**UF do CRM do médico:** RJ

##### DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70	1	25

**Valor avaliado:** 2.362,50





3 – ACIDENTE: 20.02.2017

**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**

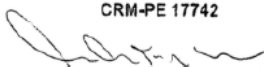
Nome do(a) Examinado(a): Jose Bezerra da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Carmo de Lima, 144  
Maria Auxiliadora Caruaru PE CEP: 55038-795  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SP ] 247931226  
Data local do exame: [ 10/08/2017 ] Caruaru [ PE ]

**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 DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO,  
DEFICIT DE GRAU MODERADO NA EXTENSÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, COM PREJUÍZO DE FORÇA DO  
MEMBRO, COM PREJUÍZO NA PRONO SUPINAÇÃO.**
- 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.  
**TRATADO CONSERVADORAMENTE JÁ DE ALTA, FEZ FISIOTERAPIA  
Data da alta: HÁ CERCA DE 2 MESES  
IMOBILIZAÇÃO GESSADA E FISIOTERAPIA  
Complicações: DEFICIT NA EXTENSÃO DO MEMBRO**
- 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 DE GRAU MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO**  
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" ( ) "Sem sequela permanente"  
*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias* *(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 SUPERIOR - Esquerdo**  
% 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
- 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

SAUDESEG  
Dr. Leonardo Neves  
CRM-PE 17742



## 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:	4.725,00
--------------	----------

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

CLIENTE: JOSE BEZERRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000223957-4

---

Nr. da Autenticação 1FF66F595E0A8F21



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3170410626 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JOSE BEZERRA DA SILVA Data do acidente: 20/02/2017 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

Diagnóstico: Fratura da cabeça do rádio esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Deficit de grau moderado na extensão do membro superior esquerdo, com prejuízo de força do membro, com prejuízo na prono supinação.

Resultados terapêuticos: Tratado conservadoramente já de alta, fez fisioterapia  
Imobilização gessada e fisioterapia  
Complicações: Deficit na extensão do membro

Sequelas permanentes: Limitação Funcional moderada do MSE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leonardo de Faria Neves

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

## 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 superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



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\$ 9.450,00(NOVE MIL E QUATROCENTOS E CINQUENTA 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.

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.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 18 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

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

