

	<p><b>Protocolo Nº 20200131181904752</b></p> <p>Sua solicitação foi enviada à <b>2ª Vara Cível de Itabaiana da Comarca de ITABAIANA</b> em 31/01/2020 18:19 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</p>
---	---

**DADOS DO PROTOCOLO**

**Tipo de Protocolo:** PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

**Processo:** 201952101566

**Classe:** Procedimento Comum

Dados do Processo Origem			
<b>Número</b> 201952101566	<b>Classe</b> Procedimento Cível	Comum	<b>Competência</b> 2ª Vara Cível de Itabaiana
	<b>Situação</b> ANDAMENTO		<b>Distribuido Em:</b> 01/11/2019

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	04640555555	FERNANDO JUNIO CONCEIÇÃO BARBOSA
Requerido	09248608000104	SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Anexos		
	Nome	Tipo
1	<a href="#">2614879_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_03.pdf</a>	Petição
2	<a href="#">2614879_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01.pdf</a>	Outros documentos

**ATENÇÃO!**

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

**Imprimir**



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE ITABAIANA / SE

Processo: 201952101566

**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 **FERNANDO JUNIO CONCEICAO BARBOSA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., em cumprimento ao despacho de fls. manifestar-se nos seguintes moldes:

A parte autora alega ser vítima de acidente de trânsito, encontrando-se supostamente inválido, razão pela qual, ajuizou a presente demanda com o fito de compelir a Ré ao pagamento do Seguro Obrigatório DPVAT no valor que entende devido.

Ocorre que a parte autora não juntou aos autos laudo pericial elaborado pelo Instituto Médico Legal com a devida graduação das supostas lesões sofridas, conforme exige a Lei 11.945/09 e Súmula 474, STJ.

Assim sendo, ante a ausência de graduação da alegada invalidez, questão controversa que ensejou a presente lide, requer a Ré **que o Juízo nomeie Perito Médico do IML ou outro órgão público, para a realização da perícia na parte autora, a fim de atestar a invalidez alegada, bem como quantificar a lesão de acordo com a Lei 11.945/09, e Súmula 474, STJ.**

Tendo em vista se tratar de prova constitutiva do direito autoral, em caso de impossibilidade da produção do referido laudo pericial pelo IML, deve o exame ser custeado pela parte autora por força do artigo 373, I do Código de Processo Civil.

No mais, requer, a expedição de ofício e depoimento pessoal da parte autora, com fulcro nos fundamentos expostos na peça de defesa.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,  
ARACAJU, 30 de janeiro de 2020.

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**  
**2592 - OAB/SE**

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO JUNIO CONCEICAO BARBOSA**

Nº Sinistro: **3180341338**

Vitima: **FERNANDO JUNIO CONCEICAO BARBOSA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EMERSON JOSE DE ALMEIDA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180341338**.

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 13166261



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

046.405.555-55

Nome completo da vítima

FERNANDO JUNIO CONCEICAO BARBOSA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo FERNANDO JUNIO CONCEICAO BARBOSA		CPF titular da conta 046.405.555-55	Profissão RECUSO
Endereço RUA AGDO OLIVEIRA SANTOS		Número 19	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade ITABAIANA	Estado SE	CEP 49.500-000
Email		Telefone (DDD) (79) 99992-9033	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☒ RECUSO INFORMAR
- ☐ SEM RENDA
- ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
- ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
- ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
- ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
- ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
- ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

**AGÊNCIA**  
NRO. 0561 D/V (Informar dígito se existir)

**CONTA**  
NRO. 0348 040 D/V 8 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

**BANCO**  
Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

**AGÊNCIA**  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ (Informar dígito se existir)

**CONTA**  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ITABAIANA-SE, 18 de JULHO de 2018

Local e Data

Fernando Junio Conceicao Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

25 JUL 2018



AUTO-ATENDIMENTO - AG. ITABAIANA  
DATA: 19/07/2018  
TERMINAL: 05611525

HORA: 17:11:55  
CONTROLE: 056115250313

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0561.013.00148040-8  
NOME: FERNANDO JUNIO CONCEICAO BARBOSA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 0504178326  
NÚMERO DE CONTROLE: 200280410

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

# 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: 30/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: FERNANDO JUNIO CONCEICAO BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 000000148040-8

---

Nr. da Autenticação A423BB005BE716D7

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180341338

**Nome do(a) Examinado(a):** FERNANDO JUNIO CONCEICAO BARBOSA

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Agdo Oliveira Santos, 19 - Itabaiana/SE -  
CEP 49506-282

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 3230515 0 - SSP - 02/06/2015

**Data e Local do Acidente :** 04/02/2018

**Data e Local do Exame :** 22/08/2018 RUA SANTA LUZIA, 829 - ARACAJU/SE  
- CEP 49010-310

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DO RÁDIO À ESQUERDA.

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

PERICIA DO VÍTIMA DE CAPOTAMENTO DE CARRO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 04/02/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 06/02/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIOS TRÁS ÓSSEO NA FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO, EVOLUIU SEM MELHORA, REALIZOU EM 2º TEMPO REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACAS E PARAFUSOS., EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUÍDA (++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DO PUNHO E ANTEBRAÇO, OUTRA NA FACE LATERAL DO ANTEBRAÇO, ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E MÃO, RÁDIO ARQUEADO, DOR EDEMA E BLOQUEIO TOTAL DO PUNHO E PARCIAL DA MÃO, PERDA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO.

ÂNGULO DE FLEXÃO DO PUNHO 10° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°A 90°)

ÂNGULO DE EXTENSÃO DO PUNHO 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°A 70°)

CIRCUNFERÊNCIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO: 29 CM.

CIRCUNFERÊNCIA DO ANTEBRAÇO DIREITO: 32 CM.

VISTO RADIOGRAFIA QUE REVELA AS LESÕES DESCRITAS EM TELA.



**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [ ] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

**VII. Segundo 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 (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) “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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

PUNHO ESQUERDO

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa (X) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**

*Manoel Otacilio Nascimento Junior*

Manoel Otacilio M  
Clínica e Auditoria em  
CRM 1827

---

MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM : 1827 / UF :SE

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180341338

**Cidade:** Itabaiana

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** FERNANDO JUNIO CONCEICAO BARBOSA

**Data do acidente:** 04/02/2018

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DO RÁDIO À ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** PERICIADO VÍTIMA DE CAPOTAMENTO DE CARRO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 04/02/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 06/02/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIOS TRÁS ÓSSEO NA FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO, EVOLUIU SEM MELHORA, REALIZOU EM 2º TEMPO REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACAS E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Resultados terapêuticos:** PERICIADO VÍTIMA DE CAPOTAMENTO DE CARRO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 04/02/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 06/02/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIOS TRÁS ÓSSEO NA FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO, EVOLUIU SEM MELHORA, REALIZOU EM 2º TEMPO REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACAS E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

**PRESTADOR**

LAUDARE ASSESSORIA E PERÍCIAS MÉDICAS LTDA EPP

**Médico revisor:** ALEXANDRE AUGUSTO FERREIRA

**CRM do médico:** 77146

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

