



Número: **0804625-52.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **12/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VERIANA MARTINS DOS SANTOS (AUTOR)		EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31039608	27/05/2020 14:16	Contestação	Contestação
31039611	27/05/2020 14:16	2721775_CONTESTACAO_Anexo_09	Outros Documentos
31039612	27/05/2020 14:16	2721775_CONTESTACAO_Anexo_08	Outros Documentos
31039614	27/05/2020 14:16	2721775_CONTESTACAO_Anexo_07	Outros Documentos
31039615	27/05/2020 14:16	2721775_CONTESTACAO_Anexo_06	Outros Documentos
31039616	27/05/2020 14:16	2721775_CONTESTACAO_Anexo_05	Outros Documentos
31039617	27/05/2020 14:16	2721775_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros Documentos
31039619	27/05/2020 14:16	2721775_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
31039620	27/05/2020 14:16	2721775_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289460 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VERIANA MARTINS DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º E 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (1º DEDO - FIO DE KIRSCHNER / AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO E DEBILIDADE ANATÔMICA DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO E DEBILIDADE ANATÔMICA DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 05.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta 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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	15 %	R\$ 2.025,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289460 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VERIANA MARTINS DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º E 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (1º DEDO - FIO DE KIRSCHNER / AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO E DEBILIDADE ANATÔMICA DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO E DEBILIDADE ANATÔMICA DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 05.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta 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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289460 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VERIANA MARTINS DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º E 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (1º DEDO - FIO DE KIRSCHNER / AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO E DEBILIDADE ANATÔMICA DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO E DEBILIDADE ANATÔMICA DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 05.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta 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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	15 %	R\$ 2.025,00



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:	18/10/2019
------------------------	------------

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

VALOR TOTAL:	2.025,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VERIANA MARTINS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000436146-1

Nr. da Autenticação 2EA0CF0A5A864427





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190289460

Vítima: VERIANA MARTINS DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VERIANA MARTINS DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: VERIANA MARTINS DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.025,00

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000436146-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289460

Vítima: VERIANA MARTINS DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VERIANA MARTINS DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00213/00214 - carta_03 - INVALIDEZ

00050107



Carta nº 14238410





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190289460

Vítima: VERIANA MARTINS DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VERIANA MARTINS DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14237157

Pag. 00707/00708 - carta_01 - INVALIDEZ

00020354



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:	18/10/2019
------------------------	------------

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

VALOR TOTAL:	2.025,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VERIANA MARTINS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000436146-1

Nr. da Autenticação 2EA0CF0A5A864427

