



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE – SECAO B**

**Processo:** 00117677120188172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDCARLOS FERREIRA DE SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho, expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico ocorrido no dia 07.07.2017, resultando em invalidez permanente.

Ocorre que o autor ingressou com pedido administrativo, momento em que foi realizada análise médica documental por profissional médico capacitado e durante o procedimento foi atestada a seguinte lesão, vejamos.

## PARECER DE PERICIA MEDICA

### PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



#### DADOS DO SINISTRO

Número: 3170500083

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDCARLOS FERREIRA DE SOUZA

Data do acidente: 07/07/2017

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

#### PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITO.

Descrição do exame DEFICIT FUNCIONAL MEDIO NO PUNHO DIREITO.  
médico pericial:

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PARAFUSO METALICO. FEZ TRATAMENTO FISIOTERAPICO ( 30 SESSÕES ).  
EVOLUIU COM DOR E COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO PUNHO A DIREITA. ESTA DE ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/10/2017

Conduta mantida:

Observações: \* NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA  
PELO EXAMINADOR. -

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

#### 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

#### PRESTADOR

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DP1**

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

Sinistro: 3170500083 - 1  
Nome do(a) Examinado(a): EDUARDO FERREIRA DE SOUZA  
Endereço do(a) Examinado(a): RUA URSA MAIOR nº 201 - PAU AMARELO - PAULISTA/PE  
Identificação - Orgão Emissor/UF/Número: RG 4784071 - SSP  
Data local do exame: 27/10/2017 RECIFE/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 DE ESCAFOIDE 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 a avaliação?

SIM  NÃO

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?

SIM  NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PARAFUSO METÁLICO. FEZ TRATAMENTO FISIOTERÁPICO (30 SESSÕES). EVOLUIU COM DOR E COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO PUNHO A DIREITA. ESTA DE ALTA MEDICA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

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.

**DEFÍCIT FUNCIONAL MÉDIO NO PUNHO DIREITO.**

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)

Região Corporal(Sequela)

PUNHO DIREITO.

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na integra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*):

Total = "100% da IS"

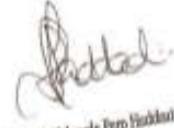
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valorização do dano corporal.

**NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR. -**

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 27/10/2017

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57585-7/RJ

  
Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad  
Médico  
CRM 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM

# 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: 31/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: EDCARLOS FERREIRA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000061278-2

---

Nr. da Autenticação 075AD2A1EE9A85EB

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez do autor e assim atestou o percentual de 50% de invalidez da mão.

Outrossim, cumpre esclarecer que a Ré utilizou as regras da tabela inserida na Lei 11.945/09 e Sumula do 474 do STJ ao efetuar o pagamento administrativo no importe de R\$ 1.687,50(mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Em razão da graduação e da ausência de informação, pugna a Ré pela intimação do Perito do juízo para que preste esclarecimentos acerca do elevado percentual de invalidez atestado, uma vez que não há nos autos documentos médicos que corroborem com a graduação.

Diante do exposto, a Ré impugna expressamente o laudo pericial judicial, requerendo a improcedência da presente demanda com fundamento no artigo 487 inciso I do Código de Processo Civil ante a comprovada quitação administrativa.

Para fins do expresso 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. RAFAELA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 3 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/PE 4246**

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