



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 13<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo:** 00210005820198172001

**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 **JOSIAS LIMA DE ARAUJO**, 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,

RECIFE, 27 de junho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

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

**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:** 3180460268

**Nome do(a) Examinado(a):** JOSIAS LIMA DE ARAUJO

**Endereço do(a) Examinado(a):** R GONCALVES DIAS, 401 - RECIFE/PE -  
CEP 52031-040

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 6354125 - sds-pe - 26/11/2014

**Data e Local do Acidente :** 12/08/2018 - RECIFE/PE

**Data e Local do Exame :** 29/11/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON  
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

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

fratura de tibia distal esquerda

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

Tratado cirurgicamente com placa e parafusos, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 45 dias

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

vitima com claudicação de marcha, consolidação viciosa da fratura, bloqueio  
articular do tornozelo, flexão dorsal a 15 graus, plantar a 35 graus, presença de  
cicatriz cirúrgica.

**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:**

limitação de grau médio do tornozelo esquerdo, com bloqueio articular

**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 ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

tornozelo esquerdo

% 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

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.**

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA  
 CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
 BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:  
 NÚMERO DO DOCUMENTO:  
 VALOR TOTAL:

05/12/2018

1.687,50

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
 CLIENTE: JOSIAS LIMA DE ARAUJO  
 BANCO: 341  
 AGÊNCIA: 00814  
 CONTA: 000000013334-4

Autenticação:  
 1410E1D8FC074EC3F3C0DA329E41CB24F44CDFB80B1E6D8FAC0230E62BDD4890

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA																			
																			
<b>DADOS DO SINISTRO</b>																			
<b>Número:</b> 3180460268 <b>Vítima:</b> JOSIAS LIMA DE ARAUJO		<b>Cidade:</b> Recife <b>Data do acidente:</b> 12/08/2018	<b>Natureza:</b> Invalidez Permanente <b>Seguradora:</b> CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A																
<b>PARECER</b>																			
<b>Diagnóstico:</b> Fratura de tibia distal esquerda <b>Descrição do exame:</b> Vítima com claudicação de marcha, consolidação viciosa da fratura, bloqueio articular do tornozelo, flexão dorsal a 15 <b>médico pericial:</b> graus, plantar a 35 graus, presença de cicatriz cirúrgica.																			
<b>Resultados terapêuticos:</b> Tratado cirurgicamente com placa e parafusos, evoluindo sem complicações. Fez fisioterapia. Alta há cerca de 45 dias																			
<b>Sequelas permanentes:</b> Deficit funcional moderado (50%) em tornozelo esquerdo <b>Sequelas:</b> Com sequela <b>Data da perícia:</b> 29/11/2018																			
<b>Conduta mantida:</b> <b>Observações:</b> O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em tornozelo esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador. <b>Médico examinador:</b> LEONARDO DE FARIA NEVES <b>CRM do médico:</b> 17742 <b>UF do CRM do médico:</b> PE																			
<b>DANOS</b>																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b></th> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b></th> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b></th> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>% Apurado</b></th> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>Indenização pelo dano</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Perda completa da mobilidade de um tornozelo</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25 %</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Em grau médio - 50 %</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">12,5%</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">R\$ 1.687,50</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><b>Total</b></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><b>12,5 %</b></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><b>R\$ 1.687,50</b></td> </tr> </tbody> </table>					<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>	Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50			<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>
<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>															
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50															
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>															
<b>PRESTADOR</b>																			
<b>TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP</b> <b>Médico revisor:</b> ALESSANDRA DURAES ALTAF <b>CRM do médico:</b> 016562 <b>UF do CRM do médico:</b> CE <b>Assinatura do médico:</b> 																			

