



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00263121520198172001

ARUANA SEGUROS 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 **JOSUE CIPRIANO DA SILVA**, 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, 28 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Carta nº: 13142724

A/C: JOSUE CIPRIANO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180295869
Vitima: JOSUE CIPRIANO DA SILVA
Data do Acidente: 01/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSUE CIPRIANO DA SILVA
Valor: R\$ 2.531,25
Banco: 104
Agência: 000000045
Conta: 00000597832-4
Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

**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.

Número do Sinistro: **3180295869**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSUE CIPRIANO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Quinze de Outubro, 32 - Águas Compridas - Olinda - PE - CEP 53160320

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **4002172**

Data e local do acidente: [**01/03/2018**] **Olinda - PE**

Data e local do exame: [**09/07/2018**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura cominutiva distal da tíbia à direita.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vítima refere dor e edema do tornozelo direito ao deambular, parestesia no hálux direito, uso diário de analgésico. Ao exame apresenta limitação da amplitude dos movimentos do tornozelo direito, edema e claudicação.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, osteossíntese da tíbia com placa longa e parafusos e tratamento fisioterápico.

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 funcional do tornozelo direito

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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 (*).

() "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 (Sequela):

Tornozelo direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.


Dra. Ana Maria Barros Falcão
CPF: 279.989.674-12
CRM: 8978-PE

Ana Maria Barros Falcão - CRM: 8978 - PE

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:

18/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSUE CIPRIANO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00045

CONTA: 000000597832-4

Nr. da Autenticação D889D40572D68F8C