



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00296059020198172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, 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 **CRISTIANO SILVA DO ESPIRITO SANTO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., informar para ao final requerer o que segue:

DA REALIDADE DOS FATOS

Trata se de demanda onde o autor alega ter sido vítima de acidente automobilístico e que em decorrência deste veio a sofrer lesões de caráter permanente ingressando com a presente demanda.

Insta esclarecer que, o autor ingressou com pedido administrativo e após o crivo medico da seguradora recebeu o valor de R\$ 1.687,50(mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) de acordo com a lesão membro inferior direito.

Merece destaque, uma vez que, o autor já sofrera acidente diverso em 29.04.2017, onde recebeu administrativamente R\$ 7.087,50(sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170646944

Cidade: Glória do Goitá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CRISTIANO SILVA DO ESPIRITO SANTO

Data do acidente: 29/04/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de tibia direita, fratura luxação de joelho direito.

Descrição do exame Consolidação viciosa, edema residual, deficit de força grave do membro inferior direito, com limitação na flexão do médico pericial: joelho, presença de cicatriz cirúrgica, alteração da marcha (+++-++-+).

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com fixador externo, imobilização local, fisioterapia.

Complicações: Consolidação viciosa, edema residual.

Sequelas permanentes: Limitação funcional de grau grave do membro inferior direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leonardo de Faria Neves

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		Total	52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

**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

Nome do(a) Examinado(a): Cristiano Silva do Espírito Santo
Endereço do(a) Examinado(a): Si Antas, 10
Zona Rural Gloria do Goita PE CEP: 55620-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8295085
Data local do exame: [19/12/2017] Caruaru [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 EXPOSTA DE TIBIA DIREITA, FRATURA LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO,
CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, EDEMA RESIDUAL, DEFÍCIT DE FORÇA GRAVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM
LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO JOELHO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA, ALTERAÇÃO DA MARCHA (+++-++-).**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
- (X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- 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?
- (X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SÓMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**TRATADO CIRÚRGICAMENTE JÁ DE ALTA, FEZ FISIOTERAPIA
Data da alta: HA CERCA DE 45 DIAS
FIXADOR EXTERNO, IMOBILIZAÇÃO LOCAL, FISIOTERAPIA
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, EDEMA RESIDUAL**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?
- (X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidade total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU GRAVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
Caso a resposta seja "Não", concluir dentro as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- 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
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
|---|---|
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742



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:

20/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CRISTIANO SILVA DO ESPIRITO SANTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00626

CONTA: 000000030113-8

Nr. da Autenticação 63E05AF55BF783DC

Desta forma, temos que o autor já recebeu por invalidez permanente o valor total de R\$ 8.775,00(oito mil e setecentos setenta e cinco reais).

Por fim, pugna a Ré pela cautela, uma vez que o autor já recebeu conforme a Lei 11.945/2009, ou seja, nos **casos de invalidez permanente TOTAL a vítima receberá o montante de ATÉ R\$ 13.500,00, não existindo a possibilidade de receber além deste valor alegando novo sinistro e nova lesão**, o que levaria a parte autora a beneficiar-se economicamente as expensas da ré e sob o manto do Poder Judiciário, não podendo receber além do limite máximo indenizável.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 26 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246**

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