



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE CARUARU/PE**

**Processo:** 00004679620198172480

**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 **MARIA PAULA FERREIRA DE MORAIS**, 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.

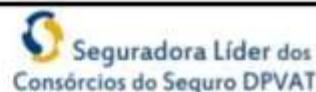
Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CARUARU, 2 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/PE 4246**

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

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3150972234 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: MARIA PAULA FERREIRA DE MORAIS Data do acidente: 20/10/2015 Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula esquerda.

Descrição do exame: Vítima queixa-se de dor no ombro esquerdo. Ao exame, apresenta crepitação à palpação da articulação acrômio  
médico pericial: clavicular e rigidez articular do ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: O quadro foi submetido à osteossíntese com placa e parafusos e evoluiu com osteomielite. Submeteu-se o quadro, então, a retirada de material de síntese.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/05/2017

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima já indenizada com 75% de dano no ombro esquerdo.

Médico examinador: Andria Rodrigues Madeira Campos

CRM do médico: 19953

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 superiores	70 %	Em grau residual - 23,2 %	16,24%	R\$ 2.192,40
		Total	16,24 %	R\$ 2.192,40

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

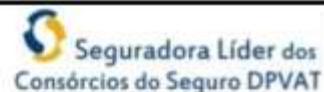
Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3150972234 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: MARIA PAULA FERREIRA DE MORAIS Data do acidente: 20/10/2015 Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da clavícula esquerda e de 3 arcos costais à esquerda.

**Descrição do exame** Vítima queixa-se de dor no ombro esquerdo e sem queixas nos demais. Ao exame: redução da elevação lateral e médico pericial: frontal e da rotação interna do ombro esquerdo. Evoluiu com pseudoartrose na clavícula esquerda.

**Resultados terapêuticos:** Quadro submetido à osteossíntese com fios de Kirschner. Evoluiu com pseudoartrose na clavícula esquerda.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/01/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira Campos

CRM do médico: 19953

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

## PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

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): **MARIA PAULA FERREIRA DE MORAIS** Sinistro: 3150972234 Data: 20/10/2015

Endereço do(a) Examinado(a): **R RUI LIMEIRA ROSAL, 9, FUNDOS - PETROPOLIS - Caruaru - PE - CEP 55030-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp /PE** ] 5798218

Data local do exame: [ **31/05/2017** ] 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 da clavícula esquerda. Vítima queixa-se de dor no ombro esquerdo. Ao exame, apresenta crepitação à palpação da articulação acrômio clavicular e rigidez articular do ombro esquerdo.**

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 VI)) , 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 SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item VI))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**O quadro foi submetido à osteossíntese com placa e parafusos e evoluiu com osteomielite. Submeteu-se o quadro, então, à retirada de material de síntese.**

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 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.

**Limitação funcional do membro superior esquerdo**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre 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"  
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)

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo de 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):  
**Membro superior esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( **X** ) 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

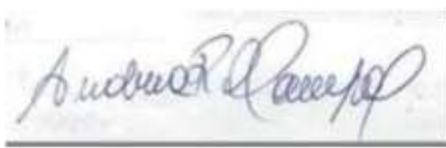
Região Corporal (Sequela):

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

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 à valoração do dano corporal.



Andrea Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19953 - PE

**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): **MARIA PAULA FERREIRA DE MORAIS** Sinistro: **3150972234** Data: **20/10/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **R RUI LIMEIRA ROSAL, 9, FUNDOS - PETROPOLIS - Caruaru - PE - CEP 55030000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp /PE** ] **5798218**

Data local do exame: [ **15/01/2016** ] **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 da clavícula esquerda e de 3 arcos costais à esquerda. Vítima queixa-se de dor no ombro esquerdo e sem queixas nos demais. Ao exame: redução da elevação lateral e frontal e da rotação interna do ombro esquerdo. Evoluiu com pseudoartrose na clavícula esquerda.*

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 SOMENTE 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.  
*Quadro submetido à osteossíntese com fios de Kirschner. Evoluiu com pseudoartrose na clavícula esquerda.*

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 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.

*Limitação funcional do ombro esquerdo*

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre 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"

*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)

( ) "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):  
*Ombro esquerdo*

% 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

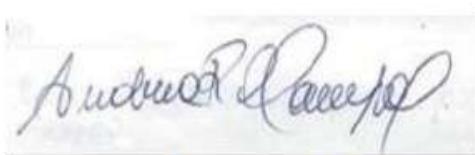
Região Corporal (Sequela):

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

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 à valoração do dano corporal.



Andrea Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19953 - 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: 30/06/2017  
NUMERO DO DOCUMENTO:  
VALOR TOTAL: 2.192,40

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: MARIA PAULA FERREIRA DE MORAIS

BANCO: 104  
AGÊNCIA: 02778  
CONTA: 000000039806-1

---

Nr. da Autenticação 18151719693AD955

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: 27/01/2016  
NUMERO DO DOCUMENTO:  
VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: MARIA PAULA FERREIRA DE MORAIS

BANCO: 104  
AGÊNCIA: 04754  
CONTA: 000000000330-4

---

Nr. da Autenticação 7CC348C7DE6E6A6D