



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

**Processo:** 00307586120198172001

**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 **LENILSON BARROS 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, 12 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

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

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237            AGÊNCIA: 2373-6            CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: LENILSON BARROS DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01606-3

CONTA: 000000093650-2

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2310201805000000000023701606000000093650472500 PAGO

**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

Sinistro: 3180358669  
Nome do(a) Examinado(a): LENILSON BARROS DA SILVA  
Endereço do(a) Examinado(a): RUA RIO PACAJÁ nº 61 - PARATIBE - PAULISTA/PE  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 6727992 - SSP  
Data e local do acidente: 16/03/2018 PAULISTA/PE  
Data e local do exame: 19/10/2018 RECIFE/PE

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FERIMENTO EXTENSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DECORRENTE DE ACIDENTE DE MOTO EM 16.03.2018 MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO (+). MORELL LAVALLÉ EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EVOLUINDO COM NECROSE DE TECIDOS, ANEMIA E CHOQUE SÉPTICO.**

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

**TRATAMENTO CIRÚRGICO. EVOLUIU COM NECROSE DE TECIDOS, ANEMIA E CHOQUE SÉPTICO. EM 07.04.2018, REALIZADO DESBRIDAMENTO DE ÚLCERA+TECIDOS DESVITALIZADOS. EM 11.04.2018, DESBRIDAMENTO DE ÚLCERA+TECIDOS DESVITALIZADOS. EM 13.04.2018, DESBRIDAMENTO DE ÚLCERA+TECIDOS DESVITALIZADOS. EM 15.04.2018, DESBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE. EM 22.04.2018, DESBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE. EM 29.04.2018, LIMPEZA CIRÚRGICA DE ÚLCERA+ DESBRIDAMENTO DE TECIDOS. DESVITALIZADOS. EM 02.05.2018, ENXERTO DE PELE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. TRATAMENTO CLÍNICO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. ALTA MÉDICA.**

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

**DEAMBULAÇÃO COM AUXÍLIO DE MULETAS. ATROFIA MUSCULAR DA COXA E PERNA ESQUERDAS. EXTENSAS ÁREAS CICATRICIAIS EM MEMBRO INFERIOR DIREITO (ÁREAS DOADORAS DE TECIDOS PARA ENXERTO). EXTENSAS ÁREAS CICATRICIAIS EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM RETRAÇÃO ACENTUADA EM REGIÃO POPLÍTEA. BLOQUEIO EM GRAU MÁXIMO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO JOELHO ESQUERDO. LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO**

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**PERDA FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

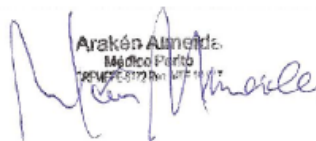
Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E ADEQUOU A VALORAÇÃO AO EXAME MÉDICO DESCRITO PELO EXAMINADOR -**

Médico Perito: **ARAKEN ALMEIDA DE ARAUJO CRM:6172/PE**

  
Araken Almeida  
Médico Perito  
CRM: 6172/PE

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180358669

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LENILSON BARROS DA SILVA

Data do acidente: 16/03/2018

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FERIMENTO EXTENSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DECORRENTE DE ACIDENTE DE MOTO EM 16.03.2018. MOBIIDADE ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO (+). MORELL LAVALLÉ EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EVOLUINDO COM NECROSE DE TECIDOS, ANEMIA E CHOQUE SÉPTICO.

**Descrição do exame médico pericial:** PERDA FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. EVOLUIU COM NECROSE DE TECIDOS, ANEMIA E CHOQUE SÉPTICO. EM 07.04.2018, REALIZADO DESBRIDAMENTO DE ÚLCERA + TECIDOS DESVITALIZADOS. EM 11.04.2018, DESBRIDAMENTO DE ÚLCERA + TECIDOS DESVITALIZADOS. EM 13.04.2018, DESBRIDAMENTO DE ÚLCERA + TECIDOS DESVITALIZADOS. EM 15.04.2018, DESBRIDAMENTO DE FASCEÍTE NECROTIZANTE. EM 22.04.2018, DESBRIDAMENTO DE FASCEÍTE NECROTIZANTE. EM 29.04.2018, LIMPEZA CIRÚRGICA DE ÚLCERA + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS. EM 02.05.2018, ENXERTO DE PELE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. TRATAMENTO CLÍNICO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. ALTA MÉDICA. DEAMBULAÇÃO COM AUXÍLIO DE MULETAS. ATROFIA MUSCULAR DA COXA E PERNA ESQUERDAS. EXTENSAS ÁREAS CICATRICIAIS EM MEMBRO INFERIOR DIREITO (ÁREAS DOADORAS DE TECIDOS PARA ENXERTO). EXTENSAS ÁREAS CICATRICIAIS EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM RETRAÇÃO ACENTUADA EM REGIÃO PÓPLITEA. BLOQUEIO EM GRAU MÁXIMO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO JOELHO ESQUERDO. LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 19/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E ADEQUOU A VALORAÇÃO AO EXAME MÉDICO DESCRITO PELO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** ARAKEN ALMEIDA DE ARAUJO

**CRM do médico:** 6172

**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 médio - 50 %                                 | 35%         | R\$ 4.725,00          |
| <b>Total</b>  |  |  | <b>35 %</b> | <b>R\$ 4.725,00</b>   |

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*Dores Mendes*

