



Número: **0032061-13.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ILDA MARIA BARBOSA (AUTOR)	RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47746 219	12/07/2019 11:33	<a href="#">2614474_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF</a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo:** 00320611320198172001

**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 **ILDA MARIA BARBOSA**, 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.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 9 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

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

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 12/07/2019 11:33:51  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071211335120900000047016654>  
Número do documento: 19071211335120900000047016654

Num. 47746219 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 12/07/2019 11:33:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071211335120900000047016654>  
Número do documento: 19071211335120900000047016654

Num. 47746219 - Pág. 2



Número: **0032061-13.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ILDA MARIA BARBOSA (AUTOR)	RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47746 218	12/07/2019 11:33	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044853**      **Vítima: ILDA MARIA BARBOSA**

**Data do Acidente: 01/07/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ILDA MARIA BARBOSA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

**Recebedor: ILDA MARIA BARBOSA**

**Valor: R\$ 2.531,25**

**Banco: 001**

**Agência: 000000582-7**

**Conta: 0000035459-7**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044853

Vítima: ILDA MARIA BARBOSA

Data do Acidente: 01/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), ILDA MARIA BARBOSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag: 01645/01646 - carta\_03 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 12/07/2019 11:33:51  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071211335109500000047016653>  
Número do documento: 19071211335109500000047016653

Carta nº 14037777

Num. 47746218 - Pág. 2

---

Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019

Aos Cuidados de: **ILDA MARIA BARBOSA**

Nº Sinistro: **3190044853**  
ILDA MARIA BARBOSA  
Data do Acidente: **01/07/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190044853**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

00040771  
  
Carta nº 14100894



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044853**      **Vítima: ILDA MARIA BARBOSA**

**Data do Acidente: 01/07/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ILDA MARIA BARBOSA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 138333758





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044853**

**Vítima: ILDA MARIA BARBOSA**

**Data do Acidente: 01/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ILDA MARIA BARBOSA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00291/00292 - carta\_03 - INVALIDEZ



00050146

Carta nº 13857987



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 12/07/2019 11:33:51  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071211335109500000047016653>  
Número do documento: 19071211335109500000047016653

Num. 47746218 - Pág. 5

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044853**      **Vítima: ILDA MARIA BARBOSA**

**Data do Acidente: 01/07/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	96094796420	ILDA MARIA BARBOSA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: ILDA MARIA BARBOSA		CPF: 96094796420		
Profissão: REC-INF	Endereço: 20150 VALDIR	Número: 09	Complemento: CASA	
Bairro: CENTRO	Cidade: VERTENTE DO LERIO	Estado: PE	CEP: 55760000	Tel.(DDD): (81)96650454
E-mail:				

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

### DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUZO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA:  CONTA:    
 (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:    
 (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, VERTENTE DO LERIO PE  
08/01/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

ILDA MARIA BARBOSA  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS  
1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de duas testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

SSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 12/07/2019 11:33:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071211335109500000047016653>

Número do documento: 19071211335109500000047016653

Num. 47746218 - Pág. 7

# 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: 21/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: ILDA MARIA BARBOSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00582-7

CONTA: 000000035459-7

---

Nr. da Autenticação D6ADAE637C988103



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 12/07/2019 11:33:51  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071211335109500000047016653>  
Número do documento: 19071211335109500000047016653

Num. 47746218 - Pág. 8

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190044853      **Cidade:** Limoeiro  
**Vítima:** ILDA MARIA BARBOSA      **Data do acidente:** 01/07/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura 1/3 distal fêmur esquerdo

**Descrição do exame físico:** Marcha claudicante, edema e redução grave da amplitude de movimento do joelho esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Quadro submetido a osteossíntese com haste e fisioterapia da qual teve alta há 2 meses. Sequela estabelecida

**Sequelas permanentes:** Deficit funcional severo (75%) em joelho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/02/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** 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 joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

### 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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>



**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:** 3190044853

**Nome do(a) Examinado(a):** ILDA MARIA BARBOSA

**Endereço do(a) Examinado(a):** LO STO VALDIR, 9 - Vertente do Lério/PE -  
CEP 55760-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 9389876 - SdS PE

**Data e Local do Acidente :** 01/07/2018

**Data e Local do Exame :** 15/02/2019 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 -  
CARUARU/PE

**Resultado da Avaliação Médica**

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

Fratura 1/3 distal fêmur esquerdo

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

Quadro submetido a osteossíntese com haste e fisioterapia da qual teve alta há  
2 meses. Sequela estabelecida.

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

Marcha claudicante, edema e redução grave da amplitude de movimento do  
joelho esquerdo

**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:**

Dano funcional do joelho esquerdo

**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 às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

joelho esquerdo

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

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

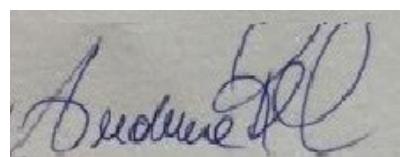
\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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.**

Dano funcional do joelho esquerdo 75%



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE

