



18/07/2019

Número: **0019500-54.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WALTER SOARES DOS SANTOS (AUTOR)		KARINA ANGELICA MONTEIRO DA COSTA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47973 222	18/07/2019 10:35	2615480_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00195005420198172001

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 **WALTER SOARES DOS SANTOS**, 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/07/2019 10:35:48
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071810354869900000047238406>
Número do documento: 19071810354869900000047238406



Número: **0019500-54.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WALTER SOARES DOS SANTOS (AUTOR)		KARINA ANGELICA MONTEIRO DA COSTA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47973 223	18/07/2019 10:35	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: WALTER SOARES DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180095251
Vítima: WALTER SOARES DOS SANTOS
Data do Acidente: 23/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

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 3180095251**.

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** 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

Pag. 00595/00596 - carta_08 - INVALIDEZ



Carta nº 13208107



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **WALTER SOARES DOS SANTOS**

Sinistro: **3180095251**
Vítima: **WALTER SOARES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **23/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180095251** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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

Pag. 00657/00658 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13225599



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: WALTER SOARES DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180095251

Vítima: WALTER SOARES DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

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 3180095251**.

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** 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

Pag. 01785/01786 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 13283686



Rio de Janeiro, 02 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **WALTER SOARES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180095251**

Vítima: **WALTER SOARES DOS SANTOS**

Data do Acidente: **23/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180095251**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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

Carta nº 12455722

Pag. 01285/01286 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **WALTER SOARES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180095251**
Vítima: **WALTER SOARES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **23/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180095251**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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

Pag. 01975/01976 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12500350



Rio de Janeiro, 15 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **WALTER SOARES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180095251**
Vítima: **WALTER SOARES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **23/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180095251**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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

Pag. 00485/00486 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12520504



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **WALTER SOARES DOS SANTOS**

Sinistro: **3180095251**
Vítima: **WALTER SOARES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **23/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180095251** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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

Pag. 00629/00630 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12575896



Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

Carta nº: 12649611

A/C: WALTER SOARES DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180095251
Vitima: WALTER SOARES DOS SANTOS
Data do Acidente: 23/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

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: **WALTER SOARES DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003122**

Conta: **0000023560-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00913/00914 - carta_15R - INVALIDEZ

00020457



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **WALTER SOARES DOS SANTOS**

Sinistro: **3180095251**
Vítima: **WALTER SOARES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **23/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180095251** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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

Pag. 01691/01692 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13096918



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **WALTER SOARES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180095251**
Vítima: **WALTER SOARES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **23/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180095251**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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

Pag. 00271/00272 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13163683





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

065.452.784-95

Nome completo da vítima

WALTER SOARES DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

WALTER SOARES DOS SANTOS

CPF titular da conta

065.452.784-95

Profissão

RETIRO

Endereço

RUA PAULO GUERRA

Número

270

Complemento

CASA

Bairro

CHA DA CRUZ

Cidade

PAUDALHO

Estado

PE

CEP

55825-000

Email

Telefone (DDD)

81-9874-5518

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

3122

DV

CONTA

Nº

23560

DV

5

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PAUDALHO 23 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

WALTER SOARES DOS SANTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP- 50.060-010

REC/FF-PE

FAPPE.001 V001/2017

Scanned by CamScanner



CAIXA

POUPANÇA



6277 8013 7725 7815

WALTER SOARES DOS SANTOS

3122 013 00023560-5 03/20

RECIFE-PE



DEBITO



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: 06/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALTER SOARES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000023560-5

Nr. da Autenticação 3E573ABDD2A4CE9E



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180095251 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALTER SOARES DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/12/2017 **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere perda da força do punho esquerdo. Ao exame, apresenta limitação da amplitude dos movimentos do punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa em T e parafusos + fisioterapia. Alta médica em 22/03/18.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

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.

Número do Sinistro: **3180095251**

Nome do(a) Examinado(a): **WALTER SOARES DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA PAULO GUERRA, 270, CS - CHA DA CRUZ - Paudalho - PE - CEP 55825000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **7368862**

Data e local do acidente: [**23/12/2017**] **Abreu e Lima - PE**

Data e local do exame: [**08/08/2018**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura distal do radio esquerdo.

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

Vítima apresenta ao exame limitação moderada da amplitude dos movimentos do punho esquerdo.

III. Nexa 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 para osteossíntese do radio com placa e parafusos. Realizou 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 punho 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, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho 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

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

**VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERICIA REALIZADA EM 02/04/2018. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI
REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO EM GRAU MODERADO. CONDUTA MANTIDA.**


Dra. Ana Maria Barros Falcão
CPF: 276.995.874-72
CRM: 8978-PE

Ana Maria Barros Falcão - CRM: 8978 - PE

