



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TRIUNFO/PE**

**Processo:** 00000251720198173520

**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 **RAIMUNDO DALDENBERG PEREIRA BERTINO**, 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,

TRIUNFO, 11 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: 3170577088

Cidade: Jataúba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RAIMUNDO DALDENBERG PEREIRA  
BERTINO

Data do acidente: 19/05/2017

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE METACARPOS DA MÃO DIREITA(2º E 3º).

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO, MICRONEUROLISE MÚLTIPLA, TENOLISE E FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA. EVOLUIU COM DEFORMIDADE EM MÃO DIREITA E LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXÃO DOS DEDOS E DA PREENSÃO DA MÃO DIREITA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/11/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** \* REVISÃO AVALIA E AGRADUA APOS ANALISE DOS DOCUMENTOS E DO EXAME CLINICO -

**Médico examinador:** ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA

**CRM do médico:** 19340

**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 uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA:

17/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

4.725,00

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

CLIENTE: RAIMUNDO DALDENBERG PEREIRA BERTINO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01038-3

CONTA: 000010016448-X

---

Nr. da Autenticação 4868D1E958FCA6E3

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170577088 - 1  
Nome do(a) Examinado(a): RAIMUNDO DALDENBERG PEREIRA BERTINO  
Endereço do(a) Examinado(a): PC IRMA RAFAELA ABERHLER nº 50 - TRIUNFO - TRIUNFO/PE  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2431919 - SSP  
Data local do exame: 13/11/2017 SERRA TALHADA/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 METACARPOS DA MÃO DIREITA(2ª E 3ª)**

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?

☒ SIM☐ NÃO

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?

☒ SIM☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO, MICRONEUROLISE MÚLTIPLA, TENOLISE E FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA. EVOLUIU COM DEFORMIDADE EM MÃO DIREITA E LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXÃO DOS DEDOS E DA PREENSÃO DA MÃO DIREITA**

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM☐ NÃO

Existindo seqüela(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.

**DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DA MÃO DIREITA**

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 seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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)

**MÃO DIREITA**☐ 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%

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 valorização do dano corporal.

**REVISÃO AVALIA E AGRADUA APOS ANALISE DOS DOCUMENTOS E DO EXAME CLINICO -**

Local e data de realização do exame médico legal:

**PE - SERRA TALHADA, 13/11/2017****Médico Perito: ANDRÉ GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA CRM:19340/PE**Dr. André Gustavo F. Souza  
CREMEPE: 19340/CRM-PE: 8807

Assinatura do perito Examinador - CRM