



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI**

**Processo:** 08002485920198180140

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EUSSO FERREIRA SAMPAIO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>ª</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Requerida a indenização em sede administrativa, foi apurada lesão no punho esquerdo com repercussão intensa (75%), efetuando o pagamento no valor de R\$2.531,25:

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180418538

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EUSSO FERREIRA SAMPAIO

Data do acidente: 17/02/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DE PUNHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

### 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 intenso - 75 %                               | 18,75%    | R\$ 2.531,25          |
| Total   |  |  | 18,75 %   | R\$ 2.531,25          |

### ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

*IVONE S. Valice*

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro superior esquerdo com repercussão intensa (50%).

Importante esclarecer que, conforme demonstram os próprios documentos de atendimento médico apresentados pela parte autora, **A LESÃO FOI OCASIONADA NO PUNHO ESQUERDO:**

Dra. Fabiola Veras  
CRM. 2374

REUMATOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA

### ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o Sr.  
Eunio Ferreira Sampaio, portador de ad-  
missão de trabalho, sofre de lesão no Punho  
Esquerdo, com Fratura de Rádio Distal, sub  
rotulado, e à telaxado emúngico, com lesão  
mielática, resultando com dor e limitação de  
movimentos ativos, apresentando perda funcio-  
nal de 70%.

Em, 30.05.18

SS

Dra. Fabiola Ferreira Hortense Veras  
REUMATOLOGIA  
CRM-PI: 2374 / RQE: 1150



|  |   |
|--|---|
|  |   |
| <p align="center"><b>LAUDO PARA<br/>BPA INDIVIDUALIZADO</b></p> <p align="center">FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE<br/>TERESINA - PI</p>                          |   |
| <p align="right">F. N. S.<br/>U. S. O. A. VERDE<br/>A. B. L. O. R. I. O<br/>05.12.2016 15:15-75<br/>2.220 - CASH - DIREÇÃO<br/>TERESINA - PI - 3215-9200</p> |   |
| <p align="center"><b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)</b></p>   |   |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE   | 2 - CRIES   |
| <p align="center"><b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b></p>   |   |
| 4 - NOME DO PACIENTE<br><i>Euso F. Sampaio</i>   | 5 - Nº DO PATIÁRIO  |
| 6 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO (D-M)  | 7 - CPF DO PACIENTE   |
| 8 - NOME DA MÃE  | 9 - TELEFONE DE CONTATO                                       |
| 10 - NOME DO RESPONSÁVEL   | 11 - TELEFONE DE CONTATO                                      |
| 12 - SEXO<br>MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>   | 13 - RACIA / COR  |
| 14 - CID - CID 10  | 15 - CID - CID 9  |
| <p align="center"><b>PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)</b></p>   |   |
| 16 - CÓDIGO PROCEDIMENTO   | 17 - NOME DO PROCEDIMENTO<br><i>Fisioterapia em punho (E)</i> |
| <p align="center"><b>JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)</b></p>   |   |
| 18 - CID - CID 10 PRINCIPAL<br><i>Fratura de rádio distal S25</i>  | 19 - CID - CID 10 SECUNDÁRIO                                  |
| <p align="center"><i>(E)</i></p>   |   |

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.

**DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO *EXPERT* PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O PUNHO ESQUERDO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO: PUNHO ESQUERDO.**

**Em caso de condenação, requer a aplicação da a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.531,25 (dois mil, quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

TERESINA, 7 de janeiro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PI 10201**

**EDNAN SOARES COUTINHO**  
**1841 - OAB/PI**