



Número: **0035860-98.2018.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAIANE SILVA DE OLIVEIRA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55033674	05/12/2019 09:55	<a href="#">2562571_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</a>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00358609820188172001

**TOKIO MARINE SEGURADORA 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 **DAIANE SILVA DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 6.075,00 (seis mil e setenta e cinco reais), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.



Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 2 de dezembro 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 - 05/12/2019 09:55:05  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120509550547200000054145760>  
Número do documento: 19120509550547200000054145760

Num. 55033674 - Pág. 2



Número: **0035860-98.2018.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado
DAIANE SILVA DE OLIVEIRA (AUTOR)			JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)			RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55033675	05/12/2019 09:55	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180051849 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DAIANE SILVA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 12/06/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 07/02/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TCE

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA.

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180051849 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DAIANE SILVA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 12/06/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO,  
FRATURA DO QUINTO QUIRODÁCTILO DIREITO.  
FRATURA DA FACE.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE DO QUINTO QUIRODÁCTILO DIREITO, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO E NA FACE, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO E QUINTO QUIRODÁCTILO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DA GRANDE TUBEROSIDADE DO ÚMERO DIREITO, TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS NA FACE, TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO DA FRATURA DA MÃO DIREITA.  
HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO ÚMERO COM BOA POSIÇÃO, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DA MÃO, CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA FACE, PORÉM APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO E MÃO DIREITA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL E DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.  
SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.  
LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.  
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/02/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

**CRM do médico:** 4518

**UF do CRM do médico:** PB

### 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			45 %	R\$ 6.075,00



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **DAIANE SILVA DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180051849**

Vítima: **DAIANE SILVA DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **12/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180051849**.

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 12327527

Pag. 00669/00670 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020335





Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de:        **DAIANE SILVA DE OLIVEIRA**

Sinistro:                **3180051849**  
Vítima:                 **DAIANE SILVA DE OLIVEIRA**  
Data do Acidente:      **12/06/2017**  
Cobertura:             **INVALIDEZ**  
Procurador:            **LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**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 **3180051849** 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](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**

Pag. 00173/00174 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12356109



Rio de Janeiro, 03 de Março de 2018

Carta nº: 12460334

A/C: DAIANE SILVA DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180051849  
Vitima: DAIANE SILVA DE OLIVEIRA  
Data do Acidente: 12/06/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

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: DAIANE SILVA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 6.075,00

Banco: 104

Agência: 000000774

Conta: 0000053140-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.075,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

# Autorização de pagamento



## 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 ASL

CPF da Víctima

Nome completo da vítima

160.831.594-10

Daniene Silva de Oliveira

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Daniene Silva de Oliveira  
CPF titular da conta: 160.831.594-10  
Profissão: autônoma  
Endereço: Rua Major Camargo  
Número: 219  
Complemento:  
Cidade: Curitiba  
Estado: PR  
CEP: 55940-000  
E-mail: mianamorapandineia@adlook.com  
Telefone (DDD): (81) 3033-3224

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO 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

0774

CVV

CONTA

53140

DV

6

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

AGÊNCIA

PR

CONTA

PR

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Epionarte 16 de Janeiro de 2018

Local e data

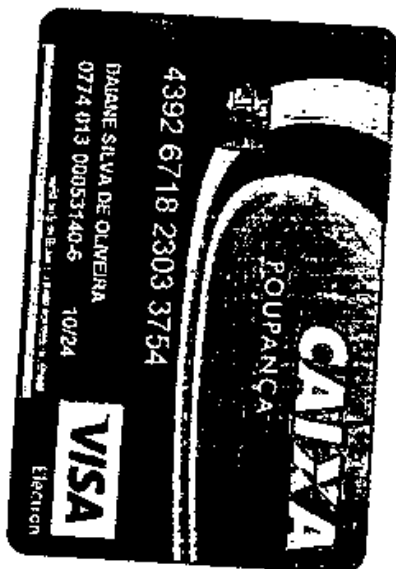
Daniene Silva de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPE 001 V001/2017



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

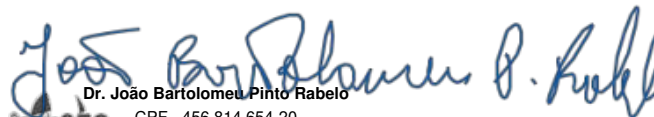
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3180051849  
Nome do(a) Examinado(a): Daiane Silva de Oliveira  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Major Cassiano, 219  
Centro Condado PE CEP: 55940-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 8898261  
Data local do acidente: [ 12/06/2017 ]  
Data local do exame: [ 22/02/2018 ] Goiana [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO, FRATURA DO QUINTO QUIRODACTILO DIREITO, FRATURA DA FACE.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DA GRANDE TUBEROSIDADE DO ÚMERO DIREITO, TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS NA FACE, TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO DA FRATURA DA MÃO DIREITA.**  
**Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO**  
**Data da Alta:**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE DO QUINTO QUIRODACTILO DIREITO, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO E NA FACE, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO E QUINTO QUIRODACTILO DIREITO.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**APRESENTA DEFORMIDADE DO QUINTO QUIRODACTILO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO E QUINTO QUIRODACTILO DIREITO, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL E DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.**  
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 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"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i> | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |  |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>OMBRO - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                         | Região Corporal (Sequela):<br><b>5º DEDO DA MÃO - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio <b>(X) 75% intensa</b> ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br><b>LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS</b><br>% do dano: ( ) 10% residual <b>(X) 25% leve</b><br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo  |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo**  
CPF - 456.814.654-20  
CRM/PB - 4518



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180051849 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DAIANE SILVA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 12/06/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO,  
FRATURA DO QUINTO QUIRODÁCTILO DIREITO.  
FRATURA DA FACE.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE DO QUINTO QUIRODÁCTILO DIREITO, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO E NA FACE, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO E QUINTO QUIRODÁCTILO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DA GRANDE TUBEROSIDADE DO ÚMERO DIREITO, TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS NA FACE, TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO DA FRATURA DA MÃO DIREITA.  
HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO ÚMERO COM BOA POSIÇÃO, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DA MÃO, CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA FACE, PORÉM APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO E MÃO DIREITA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL E DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.  
SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.  
LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.  
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/02/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

**CRM do médico:** 4518

**UF do CRM do médico:** PB

## 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			45 %	R\$ 6.075,00



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



# 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:	27/02/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	6.075,00
--------------	----------

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

CLIENTE: DAIANE SILVA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000053140-6

---

---

Nr. da Autenticação 8ADE48CF8D531545

