



Número: **0017215-88.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ARNALDO MANOEL DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44996929	13/05/2019 11:48	2587684_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 17ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE / PE SEÇÃO B

Processo: **00172158820198172001**

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 **ARNALDO MANOEL DA SILVA**, 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,

RECIFE, 8 de maio 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





Número: **0017215-88.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ARNALDO MANOEL DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44996930	13/05/2019 11:48	Anexo_01	Outros (Documento)

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:	14/03/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARNALDO MANOEL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 000000077833-9

Nr. da Autenticação 0CCE31CD69C9D96E





Número: **0017215-88.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ARNALDO MANOEL DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44996931	13/05/2019 11:48	ANEXO 2	Outros (Documento)

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO****Número:** 3180021559**Cidade:** Bom Jardim**Natureza:** Invalidez Permanente**Vítima:** ARNALDO MANOEL DA SILVA**Data do acidente:** 16/10/2017**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.**PARECER****Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA F2 DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA, FRATURA FECHADA SEM DESVIO DA F2 DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXÃO DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA, COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO E LEVE LIMITAÇÃO DA OPOSIÇÃO DO POLEGAR DIREITO**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO 3º DEDO COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MÃO DIREITO**Sequelas:** Com seqüela**Data da perícia:** 07/03/2018**Conduta mantida:****Observações:****Médico examinador:** Luiz de Lima Casanova Neto**CRM do médico:** 17761**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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA**CRM do médico:** 21266**UF do CRM do médico:** PE**Assinatura do médico:**



Número: **0017215-88.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ARNALDO MANOEL DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44998382	13/05/2019 11:48	ANEXO 3	Outros (Documento)

**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: 3180021559
Nome do(a) Examinado(a): Arnaldo Manoel da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Batista Ramos, 58 Cs
Centro Orobó PE CEP: 55745-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 554513535
Data local do acidente: [16/10/2017]
Data local do exame: [07/03/2018] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA EXPOSTA DA F2 DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA, FRATURA FECHADA SEM DESVIO DA F2 DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA E FIXAÇÃO COM FIO DE AÇO DO 3º DEDO E IMOBILIZAÇÃO DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA. NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA
Complicações: RIGIDEZ ARTICULAR E DESVIO ROTACIONAL
Data da Alta: JANEIRO/18
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXÃO DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA, COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO E LEVE LIMITAÇÃO DA OPOÊNCIA DO POLEGAR 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:
DEFICIT FUNCIONAL LEVE DA FUNÇÃO GLOBAL DA MÃO DIREITA (PINÇA, OPOÊNCIA E FIRMEZA DA PRENSÃO)
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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes do 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):
MÃO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 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 | 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 à valoração do dano corporal.

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


R. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761

