



Número: **0020695-74.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **30/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROBERTE ALVES DE BARROS (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)
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47361380	04/07/2019 10:19	2602431_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF	Petição em PDF



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

Processo: 00206957420198172001

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 **ROBERTE ALVES DE BARROS**, 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, 2 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





Número: **0020695-74.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **30/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROBERTE ALVES DE BARROS (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)
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47361 379	04/07/2019 10:19	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ROBERTE ALVES DE BARROS**

Nº Sinistro: **3180079216**

Vitima: **ROBERTE ALVES DE BARROS**

Data do Acidente: **24/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **VALMIR HONORIO DA SILVA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180079216**.

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

Pag. 01303/01304 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 12406444



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: 20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBERTE ALVES DE BARROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000000069936-8

Nr. da Autenticação 9E5F499DB282C191



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180568730 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERTE ALVES DE BARROS **Data do acidente:** 24/11/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Luxação acrômio clavicular direito

Descrição do exame médico pericial: Vítima com trofia preservada no ombro direito, realiza flexão a cerca de 120 graus, abdução a 135 grau, deficit de força leve, com bloqueio articular, presença de cicatriz cirúrgica.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com fio k, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 20 dias.

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve (25%) em ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em ombro direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180568730

Nome do(a) Examinado(a): ROBERTE ALVES DE BARROS

Endereço do(a) Examinado(a): Tv 2 Ramiz Galvão, 59 - Camaragibe/PE -
CEP 54786-253

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 9840422 - sds-pe - 17/11/2017

Data e Local do Acidente : 24/11/2017 - Camaragibe/PE

Data e Local do Exame : 13/12/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

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

luxação acromio clavicular direito

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da
alta.**

Tratado cirurgicamente com fio k, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 20 dias.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

vitima com trofia preservada no ombro direito, realiza flexão a cerca de 120
graus, abdução a 135 grau, deficit de força leve, com bloqueio articular,
presença de cicatriz cirurgica.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

**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 de grau leve de ombro direito, com bloqueio articular



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 (*).

Vide motivo do impedimento 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

ombro direito

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% 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.





LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

