



Número: **0123243-57.2018.8.17.2990**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Olinda**

Última distribuição : **02/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.140,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NADJA GOMES DE OLIVEIRA (AUTOR)		TIAGO TORRES SILVA (ADVOGADO) AULLEON FERNANDES MARTINS SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47191 511	01/07/2019 13:29	<a href="#">2602850_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF</a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE OLINDA/PE**

**Processo:** 01232435720188172990

**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 **NADJA GOMES DE OLIVEIRA**, 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,

OLINDA, 28 de junho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**





Número: **0123243-57.2018.8.17.2990**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Olinda**

Última distribuição : **02/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.140,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NADJA GOMES DE OLIVEIRA (AUTOR)		TIAGO TORRES SILVA (ADVOGADO) AULLEON FERNANDES MARTINS SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47191512	01/07/2019 13:29	<a href="#">ANEXO 1</a>	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:	24/04/2017
------------------------	------------

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

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

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

CLIENTE: NADJA GOMES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000019138-5

---

---

Nr. da Autenticação E0CB5799F19A0513





01/07/2019

Número: **0123243-57.2018.8.17.2990**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Olinda**

Última distribuição : **02/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.140,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NADJA GOMES DE OLIVEIRA (AUTOR)		TIAGO TORRES SILVA (ADVOGADO) AULLEON FERNANDES MARTINS SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47191513	01/07/2019 13:29	<a href="#">ANEXO 2</a>	Outros (Documento)

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170151079 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NADJA GOMES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 02/10/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA 3 DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO,OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSHNER. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO 3 DEDO DA MÃO ESQUERDA, DÉFICIT DE PREENSÃO.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 19/04/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

**Médico examinador:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

### 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

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:**





01/07/2019

Número: **0123243-57.2018.8.17.2990**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Olinda**

Última distribuição : **02/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.140,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NADJA GOMES DE OLIVEIRA (AUTOR)		TIAGO TORRES SILVA (ADVOGADO) AULLEON FERNANDES MARTINS SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47191514	01/07/2019 13:29	<a href="#">ANEXO 3</a>	Outros (Documento)

# 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: 3170151079 - 1  
Nome do(a) Examinado(a): NADJA GOMES DE OLIVEIRA  
Endereço do(a) Examinado(a): RUA SEIS nº 215 - RIO DOCE - OLINDA/PE  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 5282380 - SSPRG 01151  
Data local do exame: 19/04/2017 RECIFE/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 3 DEDO DA MÃO ESQUERDA

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,OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSHNER. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO 3 DEDO DA MÃO ESQUERDA, DÉFICIT DE PREENSÃO.

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

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

### DÉFICIT FUNCIONAL LEVE MÃO ESQUERDA

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 sequela 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)

Região Corporal(Sequela)

MÃO ESQUERDA

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 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.

### MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 19/04/2017

Médico Perito: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ CRM:52.63583-9/RJ

Janice de Almeida P. Miguez  
Medicina do Trabalho  
CRM 52.63583-9

Assinatura do perito Examinador - CRM

