



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00263364320198172001

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 **JOSE CELESTINO GUERRA FILHO**, 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, 27 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

**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

Nome do(a) Examinado(a): *JOSÉ ILTON GUERRA* Sinistro: *3170538894* Data: *05/08/2017*

Endereço do(a) Examinado(a): *Rua Pedra Dourada, 139 - Nossa Senhora da Conceição - Paulista - PE - CEP 53425-120*

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: *[MT / PE] 93956 00078*

Data local do exame: *[23/10/2017] 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 bimalleolar cominuta do tornozelo esquerdo. Extensa ferida lacero-contusa em calcâneo esquerdo. Vítima refere dor em pé e tornozelo esquerdos ao deambular. Ao exame apresenta cicatriz em calcâneo esquerdo, limitação severa da flexo-extensão do tornozelo esquerdo e edema residual.

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

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, com limpeza cirúrgica, desbridamento e sutura de extensa ferida em calcâneo esquerdo. Osteossíntese de tibia e fíbula distais com parafusos esponjosos. Tratamento fisioterápico.

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 anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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"
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)*

() "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):
Tornozelo esquerdo

% 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

Região Corporal (Sequela):

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

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 valoração do dano corporal.

Ana Maria Barros Falcão
Dra. Ana Maria Barros Falcão
CPF: 375.995.874-72
CRM: 8978-PE

Ana Maria Barros Falcão - CRM: 8978 - PE

Rio de Janeiro, 02 de Novembro de 2017

Carta n°: 11901508

A/C: JOSE CELESTINO GUERRA FILHO

Sinistro: 3170538894 ASL-0388578/17
Vítima: JOSÉ ILTON GUERRA
Data Acidente: 05/08/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: JOSE CELESTINO GUERRA FILHO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000048

Conta: 00000206557-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tomozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO****Número:** 3170538894**Cidade:** Olinda**Natureza:** Invalidez Permanente**Vítima:** JOSÉ ILTON GUERRA**Data do acidente:** 05/08/2017**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A -
VIDA E PREVIDÊNCIA**PARECER****Diagnóstico:** Fratura bimalleolar cominuta do tornozelo esquerdo. Extensa ferida lacero-contusa em calcâneo esquerdo.**Descrição do exame médico pericial:** Vítima refere dor em pé e tornozelo esquerdos ao deambular. Ao exame apresenta cicatriz em calcâneo esquerdo, limitação severa da flexo-extensão do tornozelo esquerdo e edema residual.**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, com limpeza cirúrgica, desbridamento e sutura de extensa ferida em calcâneo esquerdo. Osteossíntese de tibia e fíbula distais com parafusos esponjosos. Tratamento fisioterápico.**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo**Sequelas:** Com sequela**Data da perícia:** 23/10/2017**Conduta mantida:****Observações:****Médico examinador:** Ana Maria Barros Falcao**CRM do médico:** 8978**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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE**CRM do médico:** 52.28426-0**UF do CRM do médico:** RJ**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: 27/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CELESTINO GUERRA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000206557-0

Nr. da Autenticação 50477D55DC17AA52