



Número: **0000485-49.2019.8.17.3020**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Ouricuri**

Última distribuição : **09/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado		
<b>SEBASTIAO VIEIRA DE MACEDO (AUTOR)</b>	<b>ESPEDITA ROSANA ARAUJO BEZERRA (ADVOGADO) FRANCISCA ALSILEIDE LOPES DE HOLANDA SAMPAIO (ADVOGADO)</b>		
<b>ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)</b>			
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>		
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48286 434	25/07/2019 09:45	<a href="#"><u>2613224_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF</u></a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE OURICURI/PE**

**Processo:** 00004854920198173020

**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 **SEBASTIAO VIEIRA DE MACEDO**, 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,

OURICURI, 23/07/2019.

**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.joaoportoadvocacia.com.br](http://www.joaoportoadvocacia.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/07/2019 09:45:12  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072509451292300000047544514>  
Número do documento: 19072509451292300000047544514

Num. 48286434 - Pág. 1

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3170658186 Cidade: Ouricuri Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: SEBASTIAO VIEIRA DE MACEDO Data do acidente: 24/09/2017 Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO 1º, 3º, 4º E 5º PODODÁCTILOS DIREITOS.

**Descrição do exame** RELATA DOR EM PÉ DIREITO AO USAR CALÇADOS FECHADOS E AO DEAMBULAR MÉDIAS DISTÂNCIAS. AO EXAME MÉDICO PERICIAL: FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DOS PODODÁCTILOS DIREITOS E HIPOTROFIA MUSCULAR EM DORSO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 19/01/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Renan de Almeida Silva

**CRM do médico:** 12076

**UF do CRM do médico:** CE

### 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 um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

### 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:**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/07/2019 09:45:12  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072509451292300000047544514>  
Número do documento: 19072509451292300000047544514

Num. 48286434 - Pág. 2

# 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: 25/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: SEBASTIAO VIEIRA DE MACEDO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02130

CONTA: 000000049046-0

---

Nr. da Autenticação 5092A767BA462050

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/07/2019 09:45:12  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072509451292300000047544514>  
Número do documento: 19072509451292300000047544514

Num. 48286434 - Pág. 3

**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): **SEBASTIAO VIEIRA DE MACEDO** Sinistro: **3170658186** Data: **24/09/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **SIT FAVELA, 1270 - ZONA RURAL - Ouricuri - PE - CEP 56200-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **4928947**

Data local do exame: [ **19/01/2018** ] **Juazeiro do Norte** [ **CE** ]

**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 DO 1º, 3º, 4º E 5º PODODÁCTILOS DIREITOS. . RELATA DOR EM PÉ DIREITO AO USAR CALÇADOS FECHADOS E AO DEAMBULAR MÉDIAS DISTÂNCIAS. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DOS PODODÁCTILOS DIREITOS E HIPOTROFIA MUSCULAR EM DORSO DO PÉ DIREITO.**

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? [ **X** ] 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? [ **X** ] 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. **TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] 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 pé direito**

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):  
**Pé 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

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.



Dr. Renan Almeida  
Médico  
CRM/CE 12076

Renan de Almeida Silva - CRM: 12076 - CE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/07/2019 09:45:12  
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072509451292300000047544514  
Número do documento: 19072509451292300000047544514

Num. 48286434 - Pág. 4



Número: **0000485-49.2019.8.17.3020**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Ouricuri**

Última distribuição : **09/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado		
<b>SEBASTIAO VIEIRA DE MACEDO (AUTOR)</b>	<b>ESPEDITA ROSANA ARAUJO BEZERRA (ADVOGADO)</b> <b>FRANCISCA ALSILEIDE LOPES DE HOLANDA SAMPAIO (ADVOGADO)</b>		
<b>ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)</b>			
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>		
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48286 433	25/07/2019 09:45	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	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**

Nome do(a) Examinado(a): **SEBASTIAO VIEIRA DE MACEDO** Sinistro: **3170658186** Data: **24/09/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **SIT FAVELA, 1270 - ZONA RURAL - Ouricuri - PE - CEP 56200-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **4928947**

Data local do exame: [ **19/01/2018** ] **Juazeiro do Norte** [ **CE** ]

**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 DO 1º, 3º, 4º E 5º PODODÁCTILOS DIREITOS . RELATA DOR EM PÉ DIREITO AO USAR CALÇADOS FECHADOS E AO DEAMBULAR MÉDIAS DISTÂNCIAS. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DOS PODODÁCTILOS DIREITOS E HIPOTROFIA MUSCULAR EM DORSO DO PÉ DIREITO.**

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? [ **X** ] 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? [ **X** ] 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. **TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] 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 pé direito**

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):  
**Pé 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):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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.

Dr. Renan Almeida  
Médico  
CREMEC 12076

Renan de Almeida Silva - CRM: 12076 - CE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/07/2019 09:45:12  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072509451283300000047544513>  
Número do documento: 19072509451283300000047544513

Num. 48286433 - Pág. 1

# 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: 25/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: SEBASTIAO VIEIRA DE MACEDO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02130

CONTA: 000000049046-0

---

Nr. da Autenticação 5092A767BA462050



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/07/2019 09:45:12  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072509451283300000047544513>  
Número do documento: 19072509451283300000047544513

Num. 48286433 - Pág. 2

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170658186      **Cidade:** Ouricuri      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEBASTIAO VIEIRA DE MACEDO      **Data do acidente:** 24/09/2017      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO 1º, 3º, 4º E 5º PODODÁCTILOS DIREITOS.

**Descrição do exame** RELATA DOR EM PÉ DIREITO AO USAR CALÇADOS FECHADOS E AO DEAMBULAR MÉDIAS DISTÂNCIAS, AO EXAME MÉDICO PERICIAL: FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DOS PODODÁCTILOS DIREITOS E HIPOTROFIA MUSCULAR EM DORSO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 19/01/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Renan de Almeida Silva

**CRM do médico:** 12076

**UF do CRM do médico:** CE

### 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 um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

### 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:**

