



Número: **0000219-59.2018.8.17.3000**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Bom Jardim**

Última distribuição : **11/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCOS GRACIANO DA SILVA (AUTOR)		EUEDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48132 290	22/07/2019 15:00	<a href="#">2620466_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF</a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOM JARDIM/PE**

**Processo:** 00002195920188173000

**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 **MARCOS GRACIANO 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.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOM JARDIM, 19 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





22/07/2019

Número: **0000219-59.2018.8.17.3000**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Bom Jardim**

Última distribuição : **11/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCOS GRACIANO DA SILVA (AUTOR)		EUEDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48132 289	22/07/2019 15:00	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2017

Carta nº: 11679081

A/C: MARCOS GRACIANO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170501825 ASL-0357045/17  
Vitima: MARCOS GRACIANO DA SILVA  
Data Acidente: 15/05/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01853/01854 - carta\_01



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Carta nº: 12689670

A/C: MARCOS GRACIANO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180054307  
Vitima: MARCOS GRACIANO DA SILVA  
Data do Acidente: 15/05/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

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: MARCOS GRACIANO DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 001

Agência: 000002039-7

Conta: 000010015439-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00451/00452 - carta\_15R - INVALIDEZ

00030226



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

Sinistro: **3180054307**  
Nome do(a) Examinado(a): **MARCOS GRACIANO DA SILVA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **SÍTIO CHA DE LIMA nº 50 - ZONA RURAL - MACHADOS/PE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9165327 - SSP**  
Data e local do acidente: **15/05/2017 ESCADA/PE**  
Data e local do exame: **11/04/2018 CARUARU/PE**

Resultado da Avaliação Médica

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

**FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO COM LUXAÇÃO RADIO CARPAL**

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

**VITIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO COM LUXAÇÃO RADIO CARPAL COM FIXADOR EXTERNO APRESENTANDO CONSOLIDAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU DURANTE O TRATAMENTO COM INFECÇÃO NO MOMENTO DEBELADA.**

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

**DMINUIÇÃO DISCRETA NA AMPLITUDE DE FLEXO-EXTENSÃO E DE DE PRONO-SUPINAÇÃO DO PUNHO DIREITO**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DEFICIT FUNCIONAL EM PUNHO DIREITO RESIDUAL**

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 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

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **PUNHO DIREITO**

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES CRM:18568/PE**

  
Dr. Thiago Pedro de A. Alves  
MÉDICO  
CRM 18568

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: MARCOS GRACIANO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000010015439-5

---

---

Nr. da Autenticação BAC0393882CEAD2F



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180054307 **Cidade:** Escada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS GRACIANO DA SILVA **Data do acidente:** 15/05/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO COM LUXAÇÃO RADIO CARPAL.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL EM PUNHO DIREITO RESIDUAL.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO COM LUXAÇÃO RADIO CARPAL COM FIXADOR EXTERNO APRESENTANDO CONSOLIDAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU DURANTE O TRATAMENTO COM INFECÇÃO NO MOMENTO DEBELADA. DIMINUIÇÃO DISCRETA NA AMPLITUDE DE FLEXO-EXTENSÃO E DE DE PRONO-SUPINAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES

**CRM do médico:** 18568

**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 punhos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

