



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE RORAINOPOLIS/RR

Processo: 08013445920198230047

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ZE ALBERTO CAMILO ILEUS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Requerida a indenização em sede administrativa, foi apurada lesão no ombro direito com repercussão intensa (75%), efetuando o pagamento no valor de R\$2.531,25:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617847

Cidade: Rorainópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ZE ALBERTO CAMILIO ILEUS

Data do acidente: 15/09/2017

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FRATURA COMINUTIVA INTRA-ARTICULAR DA CABEÇA DO ÚMERO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: OMBRO DIREITO: LIMITAÇÃO INTENSA DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO PARA ADUÇÃO, ABDUÇÃO ROTAÇÃO E CIRCUNDAÇÃO DO OMBRO

Resultados terapêuticos: VITIMA SOFREU TRAUMA DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FRATURA COMINUTIVA INTRA-ARTICULAR DA CABEÇA DO ÚMERO DIREITO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO COM GESSO POR APROXIMADAMENTE 30 DIAS. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/07/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO A LESÃO PROVOCADA PELO TRAUMA IMPACTOU COM LIMITAÇÃO EM GRAU INTENSO OMBRO DIREITO.

Médico examinador: TAMAM RENERYS DE ASSIS PINHEIRO

CRM do médico: 1443

UF do CRM do médico: RR

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 intenso - 75 % | 18,75% | R\$ 2.531,25 |
| Total | | | 18,75 % | R\$ 2.531,25 |

PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Juliana Amendola A Bianchi

CRM do médico: 52.84127-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Juliana Amendola A Bianchi

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro superior direito com repercussão intensa (75%).

Importante esclarecer que, conforme demonstram os próprios documentos de atendimento medico apresentados pela parte autora, **A LESÃO FOI OCASIONADA NO OMBRO DIREITO:**



GOVERNO DO ESTADO DE RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

| | | | | | | | | | |
|--|--|------------|--|-------------|--|---------------------------------|--|----------------------------|--|
| DIA | | MÊS | | ANO | | HORA | | NÚMERO DE REGISTRO | |
| 15 | | 04 | | 2017 | | 20:20 | | | |
| NOME DO(A) PACIENTE: ZE ALBERTO CAMILO FLEUS | | | | | | | | | |
| DATA DE ATENDIMENTO: 15/04/2017 | | | | | | | | | |
| SEXO: M () F () | | | | | | | | | |
| DATA NASC | | Dia | | Mês | | Ano | | Documento de identificação | |
| 15 | | 04 | | 1977 | | 43 | | CPF: | |
| Endereço: VIA FLEUS | | | | | | | | | |
| Município: RLIS | | | | | | | | | |
| Estado (UF): RR | | | | | | | | | |
| Telefone: | | | | | | | | | |
| FILIÇÃO | | PAI | | MÃE | | NOME | | | |
| | | | | | | MARIA NEUSA CAMILO FLEUS | | | |
| <input type="checkbox"/> DO ACIDENTE | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> TRABALHO <input type="checkbox"/> TRÂNSITO <input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER) | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> TRANSPORTADO <input type="checkbox"/> DE AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER) | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> TIPO DE ACIDENTE | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> TRAUMÁTICO <input type="checkbox"/> QUEDADURA <input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO <input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER) | | | | | | | | | |
| Outros (descrever): | | | | | | | | | |
| TEMP: | | PESO / Kg: | | CONFIRMAÇÃO | | X | | MÚLTIPLO | |
| Confere com original. | | | | | | | | | |
| PROFISSÃO | | | | | | | | | |
| DATA DES | | | | | | | | | |
| HORA | | | | | | | | | |
| DOERÇA OCUPACIONAL | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | |
| INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA | | | | | | | | | |
| ESPECIALIDADE | | | | | | | | | |
| RESUMO CLÍNICO: Lesão de mão direita na articulação. | | | | | | | | | |
| EXAME FÍSICO: | | | | | | | | | |
| EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO) | | | | | | | | | |
| RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO) | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO: Fratura de base do 5º dedo da mão direita. | | | | | | | | | |
| PROVAVEL: Tratamento conservador de 60 dias. | | | | | | | | | |
| DEFINITIVO: | | | | | | | | | |
| DO (A) PACIENTE: | | | | | | | | | |
| REMOVEDO (A) PARA: | | | | | | | | | |
| INTERNOADO NO (A): | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA COM INSTITUIÇÃO <input type="checkbox"/> DE AFASTADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS | | | | | | | | | |
| RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO DO(A) PACIENTE | | | | | | | | | |
| DATA: 15/04/2017 | | | | | | | | | |
| ASSINATURA | | | | | | | | | |

Trat de umano para (12)

Trat de umano para

→ Topia

- (1) Dileta Graf SUD
- (2) APP MANTER
- (3) Dipirona oral (31)
- (4) Tilatril 20mg (12) idida 12-14
- (5) Trisal 100mg 100-12 12-14
- (6) CCGG + SW666 34-06

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 17919

Confere
com original:

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTONIAR DE SOUZA
R. 174 - Km 406
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS RR

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.

DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O OMBRO DIREITO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO: OMBRO DIREITO.

Em caso de condenação, requer a aplicação da a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.531,25 (dois mil, quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RORAINOPOLIS, 7 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR