



Número: **0800166-48.2020.8.20.5148**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Pendências**

Última distribuição : **26/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.437,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FERNANDO FONSECA SOUZA (AUTOR)		GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55613162	07/05/2020 12:48	<a href="#">Contestação</a>	Contestação
55613164	07/05/2020 12:48	<a href="#">2717138_CONTESTACAO_Anexo_01</a>	Documento de Comprovação
55613165	07/05/2020 12:48	<a href="#">2717138_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Documento de Comprovação

Contestação e documentos anexos.



# 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:	08/11/2019
------------------------	------------

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

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

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

CLIENTE: FERNANDO FONSECA SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04912

CONTA: 000000012350-2

---

---

Nr. da Autenticação D617D37DFEED6CA3



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190614495 **Cidade:** Pendências **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FERNANDO FONSECA SOUZA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P1 P2 P9)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** CONFORME LAUDO MÉDICO DE 30/10/2019 ACOSTADO NA PAGINA 1.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

