



Número: **0801616-90.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GUSTHAVO ROQUE DOS SANTOS QUEIROZ (AUTOR)	FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30624 308	13/05/2020 12:59	<u>Contestação</u>	Contestação
30624 311	13/05/2020 12:59	<u>2718522_CONTESTACAO_Anexo_05</u>	Outros Documentos
30624 312	13/05/2020 12:59	<u>2718522_CONTESTACAO_Anexo_04</u>	Outros Documentos
30624 315	13/05/2020 12:59	<u>2718522_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Outros Documentos
30624 316	13/05/2020 12:59	<u>2718522_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/05/2020 12:59:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051312594366300000029411003>
Número do documento: 20051312594366300000029411003

Num. 30624308 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200047415 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUSTAVO ROQUE DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/09/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
QUEIROZ

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta dos ossos do antebraço esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta cicatrizes cirúrgicas no antebraço esquerdo, hipotrofia muscular do antebraço, limitação moderada de flexão e extensão do punho, leve limitação da prono-supinação do antebraço com deficit de força motora do punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placas e parafusos, fez vários sessões de fisioterapia.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/02/2020

Conduta mantida:

Observações: Limitação funcional do punho esquerdo

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



**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.

Número do Sinistro: **3200047415**

Nome do(a) Examinado(a): **GUSTAVO ROQUE DOS SANTOS QUEIROZ**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Manoel Felisberto da Silva, 421 - Gramame - João Pessoa - PB - CEP 58068-237

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3279305**

Data e local do acidente: [**30/09/2019**] **Avenida Epitácio Pessoa João Pessoa PB**

Data e local do exame: [**10/02/2020**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta dos ossos do antebraço esquerdo.

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

Ao exame físico apresenta cicatrizes cirúrgicas no antebraço esquerdo, hipotrofia muscular do antebraço, limitação de flexão e extensão do punho em 50%, leve limitação da prono-supinação do antebraço com deficit de força motora do punho esquerdo.

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

[] Sim [] Não

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

Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placas e parafusos, fez vários sessões de fisioterapia.

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

[] Sim [] Não

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

Apresenta hipotrofia muscular do antebraço limitação de mobilidade articular do punho esquerdo com deficit de força motora.

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, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

punho 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

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

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "João Bartolomeu Pinto Rabelo".

João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200047415 Vítima: GUSTAVO ROQUE DOS SANTOS QUEIROZ

Data do Acidente: 30/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). GUSTHAVO ROQUE DOS SANTOS QUEIROZ

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: $12,50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 1.687,50

00040373

Recededor: GUSTAVO ROQUE DOS SANTOS QUEIROZ

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000005579

Conta: 0000029463-7

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco

Atenciosamento

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você



ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GUSTAVO ROQUE DOS SANTOS QUEIROZ

BANCO: 341

AGÊNCIA: 05579

CONTA: 000000029463-7

Autenticação:

2ECCF9FE09100A2820241D66FBB0F5465D5461B89BAC99FDAE18455C9BD33134



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/05/2020 12:59:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051312595199100000029411010>
Número do documento: 20051312595199100000029411010

Num. 30624316 - Pág. 1