



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
30624308	13/05/2020 12:59	<a href="#">Contestação</a>	Contestação
30624311	13/05/2020 12:59	<a href="#">2718522_CONTESTACAO_Anexo_05</a>	Outros Documentos
30624312	13/05/2020 12:59	<a href="#">2718522_CONTESTACAO_Anexo_04</a>	Outros Documentos
30624315	13/05/2020 12:59	<a href="#">2718522_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Outros Documentos
30624316	13/05/2020 12:59	<a href="#">2718522_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200047415 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUSTHAVO 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 déficit de força motora do punho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placas e parafusos, fez várias 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): **GUSTHAVO 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.** Nexa 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  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

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

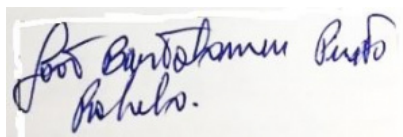
Região Corporal (Sequela):

% 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.



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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: GUSTHAVO 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% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **GUSTHAVO 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, retorne 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/05/2020 12:59:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051312595098500000029411009>

Número do documento: 20051312595098500000029411009

Num. 30624315 - Pág. 1

# ITAÚ - 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: GUSTHAVO ROQUE DOS SANTOS QUEIROZ

BANCO: 341

AGÊNCIA: 05579

CONTA: 000000029463-7

---

---

Autenticação:

2ECCF9FE09100A2820241D66FBB0F5465D5461B89BAC99FDAE18455C9BD33134

