



Número: **0823955-54.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/05/2017**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDIVALDO SILVA DE ARAUJO (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38405 325	14/01/2021 15:50	Petição	Petição
38405 326	14/01/2021 15:50	2585027_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
38405 327	14/01/2021 15:50	2585027_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10405862

A/C: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170048179 ASL-0021850/17

Vítima: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

Data Acidente: 20/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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.dpvatsegurodotransito.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.dpvatsegurodotransito.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 Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01431/01432 - carta_01



Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2017

Carta nº: 10801511

A/C: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

Sinistro: 3170048179 ASL-0021850/17
Vítima: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO
Data Acidente: 20/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01309/01310 - carta_02



Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2017

Carta nº: 10902115

A/C: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

Sinistro: 3170048179 ASL-0021850/17
Vitima: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO
Data Acidente: 20/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000089054-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00491/00492 - carta_15R



00030246





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Edinaldo Silva de AraújoPORTADOR(A) DO RG Nº 2187592EXPEDIDO POR SSP PBEM 11/02/2016 ECPF 024059174-54 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Recusou-se

E RENDA MENSAL DE R\$ 900 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edinaldo S. de Araújo AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro-empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

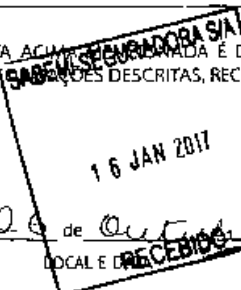
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 89054-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA INFORMADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.



J.P. Pessoa de 20 de Outubro de 2016 Edinaldo Silva de Araújo
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/01/2021 15:50:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011415500513600000036624856>

Número do documento: 21011415500513600000036624856

Num. 38405326 - Pág. 4



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04153.01.2016.1.91.000

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04153.01.2016.1.91.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 26 dias do mês de Setembro de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Polícia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX**, Escrivão De Polícia, às 09:27 horas, compareceu **EDIVALDO SILVA DE ARAÚJO**, nacionalidade **BRASILEIRA**, profissão **Pedreiro**, naturalidade **João Pessoa/Paraíba**, data de nascimento **23 de Agosto de 1979**, idade **37**, filiação **Maria Marta de Araújo e Manoel Pereira de Araújo**, Documento - CPF: **027.059.174-54**, residente **Rua Maestro Heitor Vilas Lobo, 192** [NÃO INFORMANDO], Oitizeiro, na cidade de **João Pessoa/PB**, telefone **(83) 98822-1080**.

Dados dos Fatos:

(1) - Local: [NÃO INFORMADO], numero: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Miramar, João Pessoa - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 20/06/16 06:40

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 20/06/16, por volta das 06:40h, quando conduzia a motocicleta de marca **HONDA/CG 160 START**, cor **preta**, ano **2016**, de placa **QF0-9665/PB**, chassi nº **9C2KC2500GR011709**, de sua propriedade, pela **Avenida Beira Rio**, no sentido **centro/praias**, ao chegar nas proximidades da alça que dá acesso a rodovia **BR-230**, após atingir um ciclista, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura de calcâneo esquerdo, sendo socorrido pelo resgate do corpo de bombeiros e conduzido ao **Complexo Hospitalar de Mangabeira**, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 26 de Setembro de 2016

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
Escrivão De Polícia

Edivaldo Silva de Araújo
EDIVALDO SILVA DE ARAÚJO
Noticiante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.602-3



Procedimento: 04153.01.2016.1.91.000





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Edivaldo Silva de Araújo, portador da carteira de identidade nº 2487592 e inscrito no CPF sob o nº 02705917454 residente e domiciliado na R. Manoel Freitas Vieira Lobos, 192 Olímpio, Cidade J. Pessoa, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Edivaldo Silva de Araújo

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

J. Pessoa PB. 26/10/2016

Local e data





VISTO EM: 29/07/16

Klemson LINCOLN de Almeida Vieira

MAJ. QOBM Mat. 522-829-8

Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**



João Pessoa-PB, 27 de Julho de 2016.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 295/2016

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 20/08/2016, conforme requerimento nº 000146, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 07h05min no(a) Sr(a) **EDIVALDO SILVA DE ARAÚJO** CPF Nº 027.059.174-54, vítima de acidente de trânsito (colisão moto com bicicleta) ocorrido na Av. Sena Reis, Altiplano, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-44 tendo como chefe o **SOLDADO BM Josemildo Pereira da Silva Filho** Matrícula 523.269-4, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, consciente e orientada, apresentando luxação no tornozelo esquerdo. A vítima era condutora de motocicleta e usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização e atendimento a guarnição se deslocou na viatura acima citada para o Complexo Hospitalar da Mangabeira (Governador Terecio Brito).

Para constar, eu **Elizabeth Gurjão Leônico Pinheiro** SD BM, Mat. 523.935-04, (Assinatura) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

SABEM SEGURANÇA S/A

16 JAN 2017

Elizete Brunhilde Santiago
Ten. QOBM
Mat. 523.685-1

Chefe da 3ª Seção

Serviço Registrado - 1ª Ofício
Autenticado em 22/08/2016
22.08.16
SUA 0161 0063254-VN1

GOVERNO DA PARAIBA
Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/Nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-080, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - Email: caphpb@bombeiros.pb.gov.br



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:	20/04/2017
------------------------	------------

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

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000089054-0

Nr. da Autenticação 25E9560419FBC044





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edivaldo Silva Araújo

RG nº 2187592, data de expedição 11/02/2016

Órgão DETRAN/PB, CPF nº 027.059.174.59, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Imperatriz Helena Xela Lobos</u>
Número	<u>192</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Antônio</u>
Cidade	<u>J. Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58087-240</u>
Telefone de contato	<u>(83) 987326364 / 35126301</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

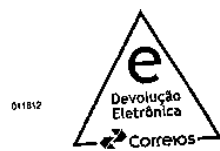
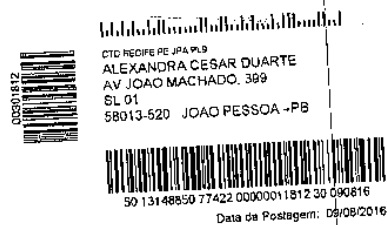
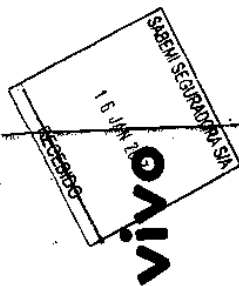
Local e Data: J. Pessoa 12/01/2016



Edivaldo Silva Araújo
Assinatura do Declarante







vivo Conexão como nenhuma outra.





DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PIB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Adrianele Silva de Araújo do sinistro de DPVAT da natureza Tpa da vítima Adrianele Silva de Araújo, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: --- Renda Mensal: R\$ ---

Documentos comprobatórios: ---

Alexandra Cesar Duarte
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





EXTRATO
FATURADO



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

20-06-16

Auto

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº: 2016-06-001697

SISREG
INTERNADO EM
20/06/16
VISTO: 20/06/16

SABEM SEGURADORA S/A

15 JAN 2017

RECEBIDO

NOME DO PACIENTE:

Edneildo Silva de Araújo

ENFERMARIA:

21

LEITO:

06



DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA
JOSÉ COSTA DUARTE, S/N
384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-29

Ficha Nr: 862016 Atd: Nao Regul.
Data: 20/06/2016
Hora: 07:40:22
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DA S.
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2187592 Fone: 0
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/08/1979 Id: 36 ano(s)
End.: QD 01 LT 30,
Bairro: BATRO DAS INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Pai: MANOEL PEREIRA DE ARAUJO
Mae: MARIA MARTA DE ARAUJO
Ocupação: SERVENTE DE OBRAS
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO
Tel/Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 2187592
Procedencia: OUTRO LOCAL DO ACIDENTE

Transporte utilizado: BOMBEIRO
Vítima de acidente por: MOTOXBIKICLETA (COND MOTO) AS 7:05 BEIRA RIO
Vítima de violência por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

PC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Solitratumizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispineia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Acidente de trânsito com queda de moto. Lesão cervical da parte da coluna.

Diagnostico

Conduta

Ex: Ectomia foramele

Prescriçao

Horario da medicacao

*IV Voltaren 100mg IM
TI/Dipirona 100mg EV*

*Eduardo Nogueira Campos
Médico
CRM-PB 8796*

*Dr. Adriano Dias Tralho
Gruppo B e Obediente
CRM-PB 5399*



Ortopedia

Paciente vítima de acidente automobilístico com lesão no membro superior direito (MSE) e lesão no membro inferior direito (MLE).

Pulsos pedais presentes

CD: Rx tomografia, punção - p.e.

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Edivalda Silva de Araújo</u>		Data da Admissão: <u>20 / 06 / 16</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Cidade: _____	
Estado: _____		Fone: _____	
Sexo: F () M ()		Profissão: _____	
Cor: _____		Estado Civil: _____	
Escolaridade: _____		Religião: _____	
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____			
QPD: <u>Dor e edema em calcôneos esquerda</u>			
HDA: <u>Paciente relata de um dolo de modo insuportável</u> <u>na dor e edema em calcôneos esquerda</u>			
<u>Dr. Tullio</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de peso ☐ Prurido ☐ Sudorese ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe ☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: ☐ Dor ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema ☐ Outros: _____			
ABD: ☐ Dor ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume			
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria ☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____			
SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposouso ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos			
SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade ☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg - Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura do calcâneo. @*

Conduta: _____

*- Solicito TC
- Internar para tratamento cirúrgico*

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Plt 6 - DD 11 (12) - 12/12/2020
A. Antunes - 7 Cap. - 12/12/2020

Incisão:

Longitudinal lateral em
coluna (12)

Achados:

Fratura 2ª Coluna (12)

Conduta:

- 1) Abertura da Placa
- 2) Remoção da Placa
- 3) Prumo e Placa e Parafusos
- 4) Sutura

Fechamento:

Wound Care

OBS:

sem intercorrências

Data: 10/07/18

Dr. Teófilo de Almeida Ribeiro Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 12/12/2020
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Edinaldo S. de Araújo</u>		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA
DATA DE ADMISSÃO: <u>20/06/16</u>		DATA DE ALTA: <u>13/07/16</u>	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Ex. Colúmbio</u>		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES: <u>Rx + Ex. Jussu</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>ho clínico</u>			
TERAPIA MEDICAMENTOSA: <u>antibiótico</u>			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO			
CONDIÇÃO DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO			
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA EVOLUÇÃO, TERAPIA, COMPLICAÇÕES) <u>Releito 51 D.C.; orientado a</u> <u>retorno p/ prevenção</u>			

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por <u>45</u> dias Retorno às atividades sem esforço físico em <u>30</u> dias Retorno às atividades com esforço físico em <u>30</u> dias e com esforço maior em <u>30</u> dias
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Manter a ferida limpa e seca. Usar o curativo conforme orientação. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente seu Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA:	<u>Antibiótico</u>
RETORNO	Ao posto de saúde em <u>15 JAN 2017</u> para retirada de pontos Ao Ambulatório de <u>15 JAN 2017</u> em <u>30</u> dias para revisão.

DATA: <u>14/07/16</u>	ASS. MÉDICO / CRM: <u>[Assinatura]</u>
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	





1275459323

EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

CPF: 8107092-8

RG: 027.059.174-58

DATA NASCIMENTO: 23/08/1979

NOME: MARCELO PEREIRA DE ARAUJO

ENDEREÇO: MARIA ISABELA DE ARAUJO

DATA: 11/02/2021

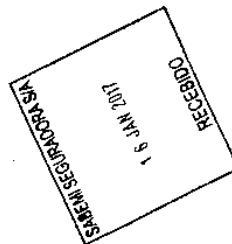
ASSINATURA: 06/11/1998

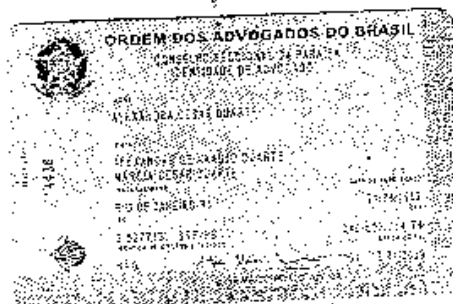
LOCAL: LUGAR PESSOA, SP

DATA: 11/02/2021

ASSINATURA: 66201162765

ASSINATURA: 32032104766





PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170048179 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO **Data do acidente:** 20/06/2016 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do calcâneo ESQ.

Descrição do exame Pct tem claudicação à ESQ, e alargamento do retro-pé.

médico pericial: Tem déficit da dorsi-flexão (-15°), déficit da flexão plantar (-10°), bloqueio da inversão e eversão do tornozelo.

Resultados terapêuticos: Pct tem claudicação à ESQ, com alargamento do retropé.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/04/2017

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Jocemir Paulino da Silva Junior

CRM do médico: 6979

UF do CRM do médico: PB

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

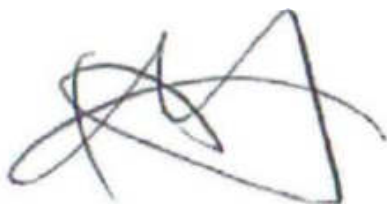
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**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

Nome do(a) Examinado(a): **EDIVALDO SILVA DE ARAUJO** Sinistro: **3170048179** Data: **20/06/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Maestro Heitor Villa Lobos, 192 - Oitizeiro - João Pessoa - PB - CEP 58087-210**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **2187592**

Data local do exame: [**18/04/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura do calcâneo ESQ. Pct tem claudicação à ESQ, e alargamento do retro-pé.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Pct tem claudicação à ESQ, com alargamento do retro-pé. Tem déficit da dorsi-flexão (-15°), déficit da flexão plantar (-10°), bloqueio da inversão e eversão do tornozelo.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Déficit da eversão e inversão do tornozelo. Diminuição da dorsi-flexão e flexão plantar. Alargamento do retro-pé. Presença de cicatriz cirúrgica lateral no pé ESQ (em L) e porta radiografia que evidencia placa lateral e parafusos. No momento já foi liberado da fisioterapia.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Pé ESQ

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

NDN

Jocemir Paulino da Silva Junior - CRM: 6979 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170048179 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO **Data do acidente:** 20/06/2016 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura do calcâneo esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170048179 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO **Data do acidente:** 20/06/2016 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do calcâneo ESQ.

Descrição do exame Pct tem claudicação à ESQ, e alargamento do retro-pé.

médico pericial: Tem déficit da dorsi-flexão (-15°), déficit da flexão plantar (-10°), bloqueio da inversão e eversão do tornozelo.

Resultados terapêuticos: Pct tem claudicação à ESQ, com alargamento do retropé.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/04/2017

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Jocemir Paulino da Silva Junior

CRM do médico: 6979

UF do CRM do médico: PB

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

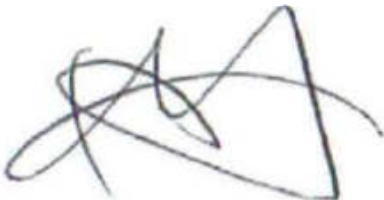
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

Edinildo Silva da Rocha
 brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Peixeiro
 CI RG nº 2184592 552183
 CPF/MF nº 024.059.144-54, residente e domiciliado(a) à Rua Martim Neto V. da Rocha, 192 - Catiguano
 Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba
 CEP: 58054-210, telefone 83987326361, 8335126361
8386602858

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



João Pessoa, 24 de Setembro de 2016.



Edinildo Silva da Rocha

OUTORGANTE



CARTÓRIO CELEID

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

Sua presença é necessária para a autenticação da assinatura de EDINILDO SILVA DE ROCHA, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Peixeiro, CI RG nº 2184592 552183, CPF/MF nº 024.059.144-54, residente e domiciliado(a) à Rua Martim Neto V. da Rocha, 192 - Catiguano, Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58054-210, telefone 83987326361, 8335126361, 8386602858.
 O presente documento é autêntico e verdadeiro, conforme consta no livro de autenticação do Cartório, sob o nº 0025, datado de 24 de Setembro de 2016.
 O presente documento é autêntico e verdadeiro, conforme consta no livro de autenticação do Cartório, sob o nº 0025, datado de 24 de Setembro de 2016.
 O presente documento é autêntico e verdadeiro, conforme consta no livro de autenticação do Cartório, sob o nº 0025, datado de 24 de Setembro de 2016.





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:
Waldemar de Paula de Lucena
brasileiro(a), estado civil Divorçado, profissão
Perito, CI RG nº 2124592 SSP/PB,
CPF/MF nº 028.059.344-54, residente e domiciliado(a) à Rua
União União V. P. do Raimundo, 292 - Oitogesima,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58084-210, telefone
83987326364, 8335426364,
8386602858

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

SABEMI SEGURADORA S/A
24 MAR. 2017
RECEBIDO

João Pessoa, 21 de Setembro de 2016.



Suelio Moreira Torres de Araújo

OUTORGANTE

CARTÓRIO CELEID

Recebido Por Autenticidade e firma do EMILIO SILVA I
Módulo: F454087, J. Pessoa: PB, 21/09/2016 17:10:10 Encl
R\$8,99 Fazen: R\$0,35 Pede: R\$1,79 IES R\$0,40. E: test e
verdade. Tabelas CELEID. Pede: R\$1,79. E: test e
Digital AD208103-0350 Concluído





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08239555420178152001

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 **EDIVALDO SILVA DE ARAUJO**, 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.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 21 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

