



Número: **0820765-49.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/04/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROBSON RAMOS DA SILVA (AUTOR)		ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
LUCIANO JOSE LIRA MENDES (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43860925	31/05/2021 15:06	<a href="#">Petição</a>	Petição
43860928	31/05/2021 15:06	<a href="#">2605048_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_03</a>	Outros Documentos
43860929	31/05/2021 15:06	<a href="#">2605048_JUNTADA DE DOCS_Anexo_01</a>	Outros Documentos
43860931	31/05/2021 15:06	<a href="#">2605048_JUNTADA_DE_DOCS_03</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





Banco do Brasil

			Nº DA CONTA JUDICIAL	
			2300122424879	
Nº DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO		AGÊNCIA (PREF / DV)
0		20/08/2020		1618
DATA DA GUIA		Nº DA GUIA	Nº DO PROCESSO	TRIBUNAL
20/08/2020		2605048	08207654920188152001	TRIBUNAL DE JUSTICA
COMARCA		ORGÃO/VARA		DEPOSITANTE
JOAO PESSOA		4 VARA CIVEL		RÉU
NOME DO RÉU/IMPETRADO				VALOR DO DEPÓSITO (R\$)
				200,00
		TIPO DE PESSOA		CPF / CNPJ
		Juridico		
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA		CPF / CNPJ
ROBSON RAMOS DA SILVA		Fisica		11113305495
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
BF827671FACA8D35				
CÓDIGO DE BARRAS				



Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ROBSON RAMOS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180074677**

Vítima: **ROBSON RAMOS DA SILVA**

Data do Acidente: **21/12/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180074677**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12390448

Pag. 00991/00992 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020496



Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ROBSON RAMOS DA SILVA**

Sinistro: **3180074677**

Vítima: **ROBSON RAMOS DA SILVA**

Data do Acidente: **21/12/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180074677** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00927/00928 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12421842



Rio de Janeiro, 14 de Março de 2018

Carta nº: 12513574

A/C: ROBSON RAMOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180074677  
Vitima: ROBSON RAMOS DA SILVA  
Data do Acidente: 21/12/2016  
Cobertura: INVALIDEZ

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: ROBSON RAMOS DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 00000132405-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

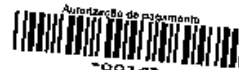
Pag. 01533/01534 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020767





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor da idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: Robson Romes da Silva CPF titular da conta: 111.133.054-95 Profissão: comerciante  
Endereço: Rua Nilo Peronba Número: 117  
Bairro: Popular Cidade: Santa Rita CEP: 58351-205  
Email: \_\_\_\_\_ Telefone (DDD): 98736 0425

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☐ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

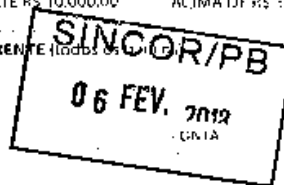
☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (1341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA: 1914 CONTA: 132405 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)  
BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_



(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência bancária. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Santa Rita 30 de Janeiro de 2018  
Local e Data

Robson Romes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PAPH.001 V001/2017

21/93



CA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0000 725 0101  
OUVIDORIA 0000 725 7474

204 603861068-4

21/02/2017

HORA DE 11:19:20

13.19769-4

TEPH: 027459

CI DADE: SANTA RITA  
VINCUADA: 1914

CONTROLE: 939155741

DEPOSITO EM DINHEIRO

1914 019 00132405-9

ROBSON RAMOS DA SILVA

DR

~~5700~~

ESTE RECIBO E VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPOSITO

204-603861068-4

SINCOR/PB

06 FEV. 2017

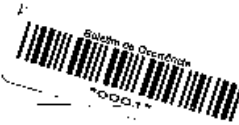






**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01047.01.2017.1.00.420**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01047.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:14 horas do dia 07 de junho de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Robson Ramos da Silva**, CPF nº 111.133.054-95, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Comerciante, filho(a) de Severina do Ramo Lourenço e Antonio Marcos da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/12/1993 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Praça Antenor Navarro, Nº 21, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Parque do Povo, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98800-6495.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Bela Vista, Outros, Santa Rita/PB, bairro Alto das Populares; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/12/16 20:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

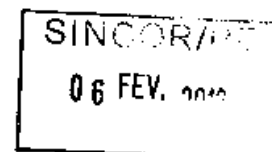
QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA NXR BROS DE COR BRANCA, ANO 2015, PLACA QFV-9499-PB, CHASSI Nº 9C2KD0810GR405183, EM NOME DE IVANILDO P. BEZERRA, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS, PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM-PB 3323, DATADO DE 24/02/2017, O NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de junho de 2017.

  
CLEODON FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigação

  
ROBSON RAMOS DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 01047.01.2017.1.00.420

1/1





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0271204 ou 0800 0271206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA (e do seu REPRESENTANTE LEGAL, caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Robson Romão da Silva

CPF da Vítima

111133 054 98

Data do Acidente

21.12.2016

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

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:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Cum 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 da 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. 1º da Lei nº 6.194/74.

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

SINCOR/PB

06 FEV. 2017

Assinatura 30 de janeiro de 2018

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI 001 0001/2017





VISTO EM: 23/01/17

Comandante do BAPH  
Natty Saurina do Nascimento Silva  
TEN CEL 521.280-4

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

João Pessoa-PB, 18 de Janeiro de 2017.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 016/2017**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 21/12/2016, conforme requerimento nº 014/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 20h20min o/a Sr.(a) **ROBSON RAMOS DA SILVA** CPF Nº 114.133.054-95, vítima de acidente de trânsito (colisão carro x moto), ocorrido na Rua Bela Vista, Alto dos Populares, Santa Rita/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48, tendo como chefe o **SARGENTO BM Victor Melo Ribeiro** da Silva, Matrícula 525.875-8, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, consciente e orientada, apresentando fratura de membro inferior esquerdo, corte contuso na região do supercílio esquerdo e bateu com a cabeça ao solo. A vítima era condutora da motocicleta e não usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Elizabete Gurgão Leôncio Pinheiro** - SD BM, Mat. 523.935-0, (assinado) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Gen. OOBM  
Mat. 523.685-1

**Chefe da 3ª Seção**

**SINCOR/PB**

**06 FEV. 2017**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar,  
Rua Doutor Orestes Lisbon, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3218-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: caphbbs@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: 08/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ROBSON RAMOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000132405-9

---

---

Nr. da Autenticação 025B9D2CF737E2A8





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Robson Romão da Silva

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Órgão \_\_\_\_\_

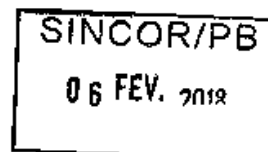
CPF nº 111.133.054.95, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Nilo Pecanha</u>
Número	<u>117</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Popular</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58301-225</u>
Telefone de Contato	<u>98736 0425</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 30.01.2018

Assinatura do Declarante: Robson Romão da Silva



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é argumento de posse.

Assinatura digital: 21053115061957000000041706756 Nº 001.138.918



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Bd 230, Km 25 - Crla Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-585  
CNPJ 09.093.193 / 0001-40 InsC. Est. 18.015.825-0

## DADOS DO CLIENTE

IVANILDO ELIAS BIZERRA  
RUA NLO PECANHA 117  
SANTA RITA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/222643-9

## REFERÊNCIA

JAN/2018

## APRESENTAÇÃO

24/01/2018

## CONSUMO

55

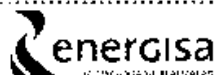
## VENCIMENTO

31/01/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 31,77

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



IVANILDO ELIAS BIZERRA

Rotatiro: 15-099-252-4780

83670000000-0 31770054000-6 02226432018-9 01700000019-5

## VENCIMENTO

31/01/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 31,77

## MATRÍCULA

222643-2018-01-7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/05/2021 15:06:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21053115061957000000041706756>

Número do documento: 21053115061957000000041706756

Num. 43860929 - Pág. 11

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Ivanildo Elias Bizarra

RG nº 13.045.879, data de expedição 13/10/1978

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 013.578.854-40, com  
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Nilso Picanha, nº 117.

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Robson Romão da Silva, cujo o condutor era

Veículo: motocicleta  
Modelo: Honda XR Bros  
Ano: 2015  
Placa: \_\_\_\_\_  
Chassi: 9C2KD08106R405183  
Data do Acidente: 21.12.16  
Local e Data: psj Paraiba, 19.12.17

3º OFÍCIO

Ivanildo Elias Bizarra  
(Assinatura do Declarante)

(Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro))

LEIA E VERIFIQUE SEU DOCUMENTO



3º OFÍCIO DE NOTAS DE SANTA RITA - PB  
Rua Siqueira Campos, 19, Centro, Santa Rita - PB  
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
IVANILDO ELIAS BIZARRA  
Dou fe. Santa Rita/PB - 18/12/2017  
Tabelião Bel: Renan Gonçalves Menezes  
Selo Digital: CG-84068-4QPM  
Consulte a autenticidade em <https://sekdigital.tjpb.jus.br>  
Email: RS 9.23 FARPEN RS 0.27 MP RS 0.15 FEP RS 1.85



1º COR/PB  
06 FEV. 2012



Robson Ramos da Silva







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Robson Ramos da Silva

DATA DE NASCIMENTO 25/12/93

NOME DA MÃE Severina do Ramo Lourenço

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 99350

BOLETIM DE ENTRADA N.º 969121

DATA DO ATENDIMENTO 21/12/16

HORA DO ATENDIMENTO 21:08

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura exposta de ossos da perna esquerda

CID 10 S82.2

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, trazido pelo SAMU, com fratura exposta de ossos da perna esquerda, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX perna E, cervical

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de ossos da perna E.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta de ossos da perna esquerda

ALTA HOSPITALAR: 24/12/16

DATA DA EMISSÃO: 24/02/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

SINCOR/PB

06 FEV. 2017





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-3:24

*Robson Ramos da Silva*  
ASSINATURA COTITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

TERMINO NACIONAL

DATA DE  
EXPIRAÇÃO 10/10/2011

ROBSON RAMOS DA SILVA

ROBSON RAMOS DA SILVA  
ROBSON RAMOS LAURENÇO

PESSOA-123

DATA DE EMISSÃO 25/12/1993

CARTEIRA N. 14327 PIS. 115 LIV. A 15  
DEPARTAMENTO C. ESPÍRITO SANTO PB

113.133.054-95

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N. 7.116 DE 29/08/83

SINCOR/PB  
06 FEV. 2010



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180074677 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROBSON RAMOS DA SILVA **Data do acidente:** 21/12/2016 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 23/02/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura exposta em MIE.

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir, prever ou quantificar com acuracidade 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:** Encaminhando à Perícia Médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

### 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:** 3180074677 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROBSON RAMOS DA SILVA **Data do acidente:** 21/12/2016 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA REFERE DOR NO TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 05/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Lopes Soares

**CRM do médico:** 6144

**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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

### PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**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): **ROBSON RAMOS DA SILVA** Sinistro: **3180074677** Data: **21/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Nilo Peçanha, 117 - Popular - Santa Rita - PB - CEP 58301-205**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **4109437**

Data local do exame: [ **05/03/2018** ] **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 EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. VÍTIMA REFERE DOR NO TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO**

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.  
**VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.**

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.

**Limitação funcional do tornozelo esquerdo**

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

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

( ) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**Tornozelo esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 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

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.

Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08207654920188152001

**BRADESCO SEGUROS S.A.**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ROBSON RAMOS DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,  
Pede Juntada.

JOAO PESSOA, 27 de maio de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
OAB/PB 4246-A

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
15477 - OAB/PB

