



Número: **0067718-46.2014.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/11/2014**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Espécies de Contratos, Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES (AUTOR)	GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEICAO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
LUCIANO JOSE LIRA MENDES (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47993 516	01/09/2021 15:09	<u>Petição</u>	Petição
47993 517	01/09/2021 15:09	<u>2609218_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
47993 518	01/09/2021 15:09	<u>2609218_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2021 15:09:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090115090286200000045566140>
Número do documento: 21090115090286200000045566140

Num. 47993516 - Pág. 1

**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): **FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES** Sinistro: **2014407437** Data: **05/04/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **MARIA MARQUES DE SOUSA, 26 - CENTRO - Sousa - PB - CEP 58808-110**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1133869**

Data local do exame: [**29/12/2014**] **Icó** [**CE**]

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 quinto quirodáctilo direito e ferida cortocontusa no supercílio direito. Presença de paralisia em extensão do quinto quirodáctilo direito e diminuição da força de preensão palmar direita.

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.
Periciando com fratura do quinto quirodáctilo direito e ferida cortocontusa no supercílio direito, tratado cirurgicamente com limpeza e sutura Paciente teve alta definitiva em 08/2014.

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 quinto quirodáctilo direito.

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):
Quinto quirodáctilo direito

% 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

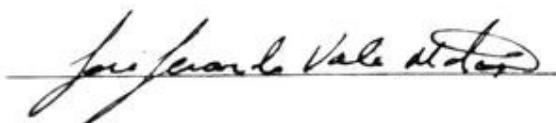
Região Corporal (Sequela):

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

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.



José Gerardo Vale Matos - CRM: 3216 - CE





Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2014

Carta nº: 4835666

A/C: FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES

Sinistro: 2014407437
Vitima: FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES
Data Acidente: 05/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES

Valor: R\$

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000032812-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Perda funcional completa de uma das mãos, em grau médio = 35,00%	R\$	4.725,00
Total avaliado:	R\$	4.725,00
Valor de Multa / Juros:	R\$	0,00

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00039/00040



00040020



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2021 15:09:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090115090430400000045566141>
Número do documento: 21090115090430400000045566141

Num. 47993517 - Pág. 2



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5913413

A/C: FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES

Sinistro: 2014407437
Vítima: FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES
Data Acidente: 05/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6029978

A/C: FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES

Sinistro: 2014407437
Vitima: FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES
Data Acidente: 05/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Prezado(a) Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder · DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Francisco de Sales dos Santos Aerantes PORTADOR(A) DO RG Nº 17 33869 EXPEDIDO POR SSP EM 02/5/02 E CPF 50841860425 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO não informada E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo. 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

*100403



26 MAIO 2014

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 0558 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 32812-6

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

LOCAL SousaDATA 30/04/14R.

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Francisco de Sales dos Santos Aerantes

! 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.



PEDIDO DE REVISÃO DE PROCESSO

SOUSA/PB, 14 DE NOVEMBRO DE 2014.

A Seguradora Líder do Consórcio DPVAT.

Eu, FRANCISCO DE SALES DÓS SANTOS ABRANTES, Sinistro nº2014/407437, brasileiro, portador do CPF: 518.418.604-25, residente na Rua Maria Marques de Sousa, nº26, Centro, Sousa/PB, venho respeitosamente à presença de vossa senhoria:

Para solicitar os bons préstimos de Vossa Senhoria, que, em consideração às lesões por mim sofridas, descritas no sinistro informado, conforme perícia médica realizada neste signatário a qual, os valores pagos não foram condizentes com as sequelas em mim apresentadas;



Visto que os citados percentuais pagos não condizem com a tabela vigente, e estão em total desacordo com as lesões sofridas, as quais podem ser comprovadas através de cópia de laudo médico em anexo informando e comprovando o agravamento das sequelas sofridas por este signatário; Considerando que cabe recurso judicial para tal, optando este por uma maneira mais viável e amigável para ambas as partes.

Pelo exposto acima, solicito-lhe que seja feita uma REVISÃO em meu processo e que me encaminhe, caso seja necessário para uma nova perícia onde, de fato, poderei definitivamente comprovar as minhas sequelas, objetivando receber corretamente o valor da indenização devida.


Solicitante

**FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES
CPF:518.418.604-25**

**CONFIANÇA SEGUROS
02 DEZ. 2014**





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Francisco de Sales dos Santos Aerantes, PORTADOR(A) DO RG Nº 17 33869, EXPEDIDO POR SSP, EM 02/5/02 E CPF 508401860425 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO não informada E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA o mesmo, 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

*100403



26 MAIO 2014

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem de forma nenhuma ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vitima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vitima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) + CONTA-CORRENTE _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) + CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) + CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) + CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 - AGÊNCIA 0558 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) + CONTA-POUPANÇA 32872-6

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

LOCAL SousaDATA 30/04/14

R.

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Francisco de Sales dos Santos Aerantes

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos 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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





AUTO-ATENDIMENTO - ag.sousa
DATA: 21/05/2014 HORA: 14:57:15
TERMINAL: 05581393 CONTROLE: 055813930279

AGÊNCIA: 0558 - SÓUSA
CONTA : 813.00.032.812-6
CLIENTE: FRANCISCO DE SALES D. S. ABRANTES

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDO DE POUPANÇA POR DATA LIMITE
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
18/05	50,00

RESUMO EM 28/05

SALDO	50,00
-------	-------

A CAIXA DÁ QUITAÇÃO AS TARIFAS C/C E
POUP LANÇADAS NO EXTRATO ANUAL DE
TARIFAS/2013 EM CONFORMIDADE COM A LEI
12.807/09.

"Pense antes de imprimir, conserve o meio
ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 8101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONFIANÇA SEGUROS

26 MAIO 2014



BOLETIM DE OCORRENCIA
1004026



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
19º SECCIONAL DE POLICIA CIVIL.
2º DELEGACIA DISTRITAL ADJUNTA DE POLICIA CIVIL DE SOUSA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA. Nº 0444/2014.

Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 30/04/2014. - ÀS 10h24min.

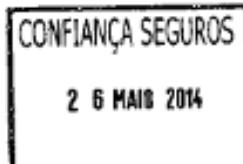
COMUNICANTE: FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES, brasileira, casado, motorista, natural de Sousa/PB, com 57 anos de idade, RG 1.133.869 – 2ª via SSP/PB, CPF 518.418.604-25, filho de Francisco de Assis Abrantes e de Joana dos Santos Abrantes, residente na Rua. Maria Marques de Sousa, nº 26-Centro-Sousa/PB.

HISTÓRICO: Afirma que no dia 05 de abril de 2014, por volta das 12h30min, conduzia uma motocicleta Honda/CG 125 FAN KS, ano/mod. 2013/2013, cor vermelha, placa OGC 5677/PB, chassi 9C2JC4110DR806919, licenciada em nome de Marilan Barbosa da Silva Freitas, pela rodovia estadual que liga Sousa/Uiraúna/PB, quando nas imediações do retorno que dar acesso a cidade de Lastro/PB, ao tentar desviar um buraco existente na pista de rolamento perdeu o controle de direção do veículo, chegando a cair na pista de rolamento. Que devido a queda teve corte contuso com indicação de sutura no supercílio direito, lacerção no dedo anelar e menor direito e dor na região do tórax, sendo socorrido por uma equipe do Samu, conduzindo o declarante para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu cuidados médicos. Afirma não ser habilitado para conduzir moto e que antes do acidente havia ingerido bebida alcoólica. Afirma, ainda, que o veículo que conduzia apesar de não estar licenciado em seu nome lhe pertence. Nada mais a declarar, ciente o (a) declarante das implicações legais contidas no artigo 299, do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão, conforme o teor do seu registro.

Sousa/PB, 30 de abril de 2014.

AUTORIDADE POLICIAL: Patrícia Fernandes Forny.

COMUNICANTE: *Francisco da Sales dos Santos Abrantes*
Escrivão: *Victor Cardoso Cavalcanti*
Escrivão: *ESCRIVÃO DE POLÍCIA*
NAT. N. 168.444-2



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco de Sales dos Santos Aarentes

RG nº 1133869, data de expedição 02/05/02 Órgão SSP

CPF nº 518418604-25, 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:

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

"100404"



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Maria Marques de Souza</u>
Número	<u>26</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>b entro</u>
Cidade	<u>Souza</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)8181819719344-656019919-4307</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Souza, 30/04/17

Assinatura do Declarante

Francisco de Sales dos Santos Aarentes

CONFIANÇA SEGUROS

26 MAIO 2014



PACIENTE: **FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES**

Nº: **63456**

REQUISITANTE: **PAULO ARTHUR ALMEIDA BASTOS**

DATA: **05/04/2014**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado no plano axial, com cortes de 4,0mm de espessura na fossa posterior, e 6,0mm de espessura na região supratentorial, sem a administração do produto de contraste endovenoso.

RELATÓRIO:

1. Aumento de partes moles na região frontal bilateral, periorbitária e malar direita. Enfisema subcutâneo regional.
2. Descontinuidade da cortical óssea da parede posterior do seio maxilar direito.
3. Calcificação redonda, isolada, no córtex frontal direito.
4. Aspecto anatômico dos sulcos entre os giros corticais, fissuras Sylvianas e cisternas da base.
5. Sistema ventricular apresenta morfologia, dimensões e coeficiente de atenuação normais.
6. Ausência de coleções extra-axiais.
7. Não há evidência de desvio da linha média.
8. Material com atenuação de líquido espesso ou partes moles preenchendo parcialmente as células etmoidais e seio maxilar direito.

Conclusão:

- Edema de partes moles periorbitário e malar à direita.
- Edema/hematoma subgaleal frontal bilateral.
- Fratura da parede posterior do seio maxilar direito.
- Calcificação intraparenquimatosa frontal direita.
- Hemossinus ou sinusopatia.

CONFIANÇA SEGUROS

26 MAIO 2014

SOUSA-PB, 05 de abril de 2014

Dr(a). MARCELLI CARTAXO NEVES
Medico(a) Radiologista
CRM Nº 6089

Obs.:
As informações contidas nesse resultado, representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual.
Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

 Centro de Imagem Dr. Péricles Neves - R. Getúlio Vargas, 21 Centro - Sousa-PB - Fax: 83.3522.2766 - periclesneves@willink.com.br

Dr. José Péricles Rodrigues Neves - Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia nº 2917 - CRM 1933 PB

Dra. Marcelli Cartaxo Neves - CRM 6089 PB

Tel: 83 3522.1900



DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

*10040



LAUDO MÉDICO

FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES (portador) (1)

ade (C.E.S. n.º 1.133.869 - 2º Vlt. - 4 SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Marés Marques de Sousa, n.º 26, Centro, Sousa/PB, Tel.: vítima de queda de avião piloto a uma menorcia nas proximidades da rodovia estando que Rua Sousa/Henrique/PB no dia 05 de abril de 2014.

Apresenta politraumatismo, com TCE e luxação do 2º e 3º falloocelílio resquícios e traumas dos intercostais direitos.

Cida: 16 Fts

Tratamento: realizado tratamento conservador.

Sequela: apresenta distorção do campo visual no olho direito, dor nos arcos intercostais esquilez do 4º e 5º falloocelílio direitos.

Apresenta incapacidade para exercer atividades que dependam da visão-facial.

ACTA DEFINITIVA

Formulário: 14 de junho de 2014

Francisco de Sales Pereira de Lucena
Francisco de Sales Pereira de Lucena

CRM 3229/CPF: 112.949.633/00

Rua Capitão Aguiar, 70 - Aldeota - 60115-160 - Fortaleza - CE | (85) 3261-3091 / 3261-3082
CNPJ: 04.425.769/0001-83 Email: adventus_2012@hotmail.com

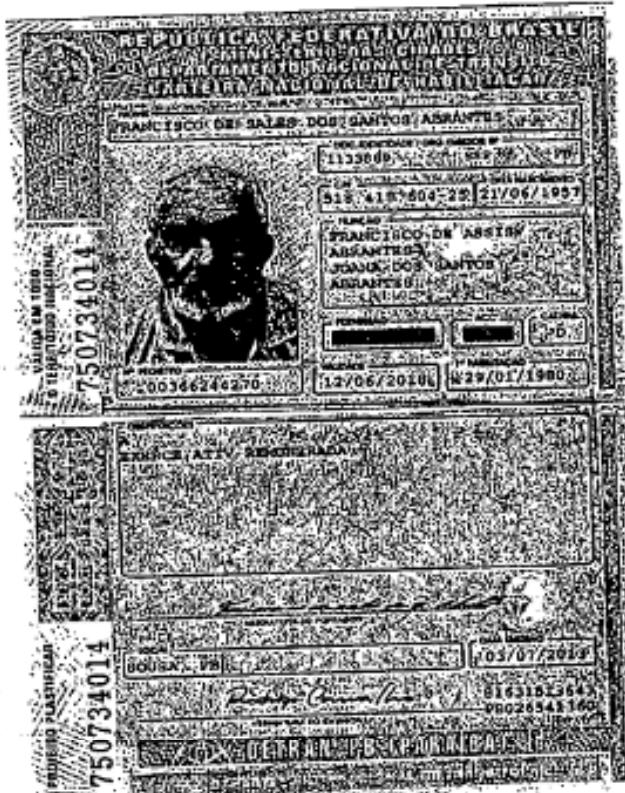
CONFIANÇA SEGUROS

02 DEZ. 2014



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

100403



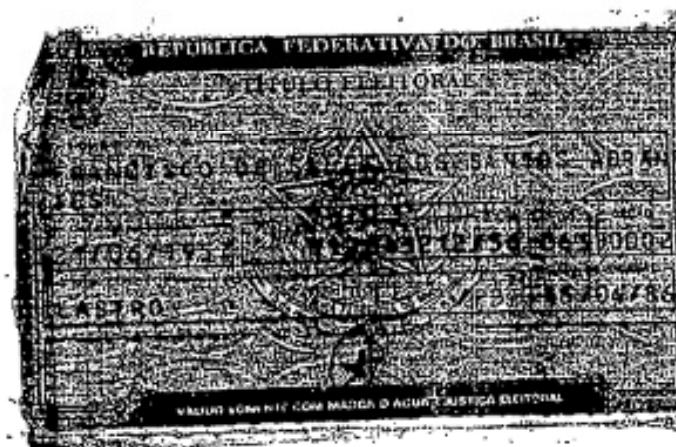
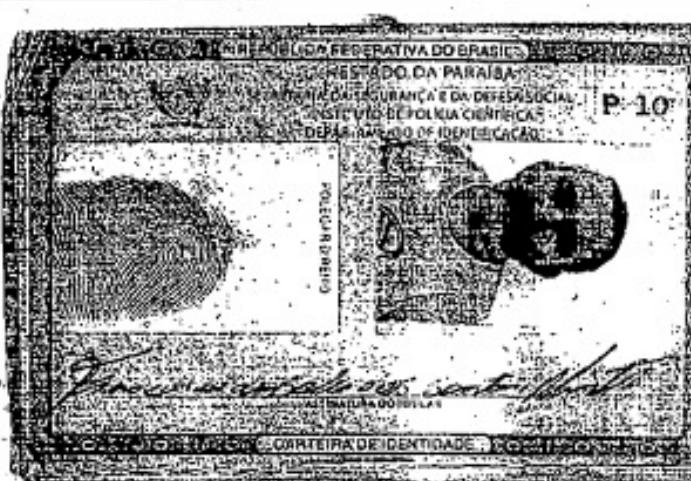
CONFIANÇA SEGUROS

26 MAIO 2014



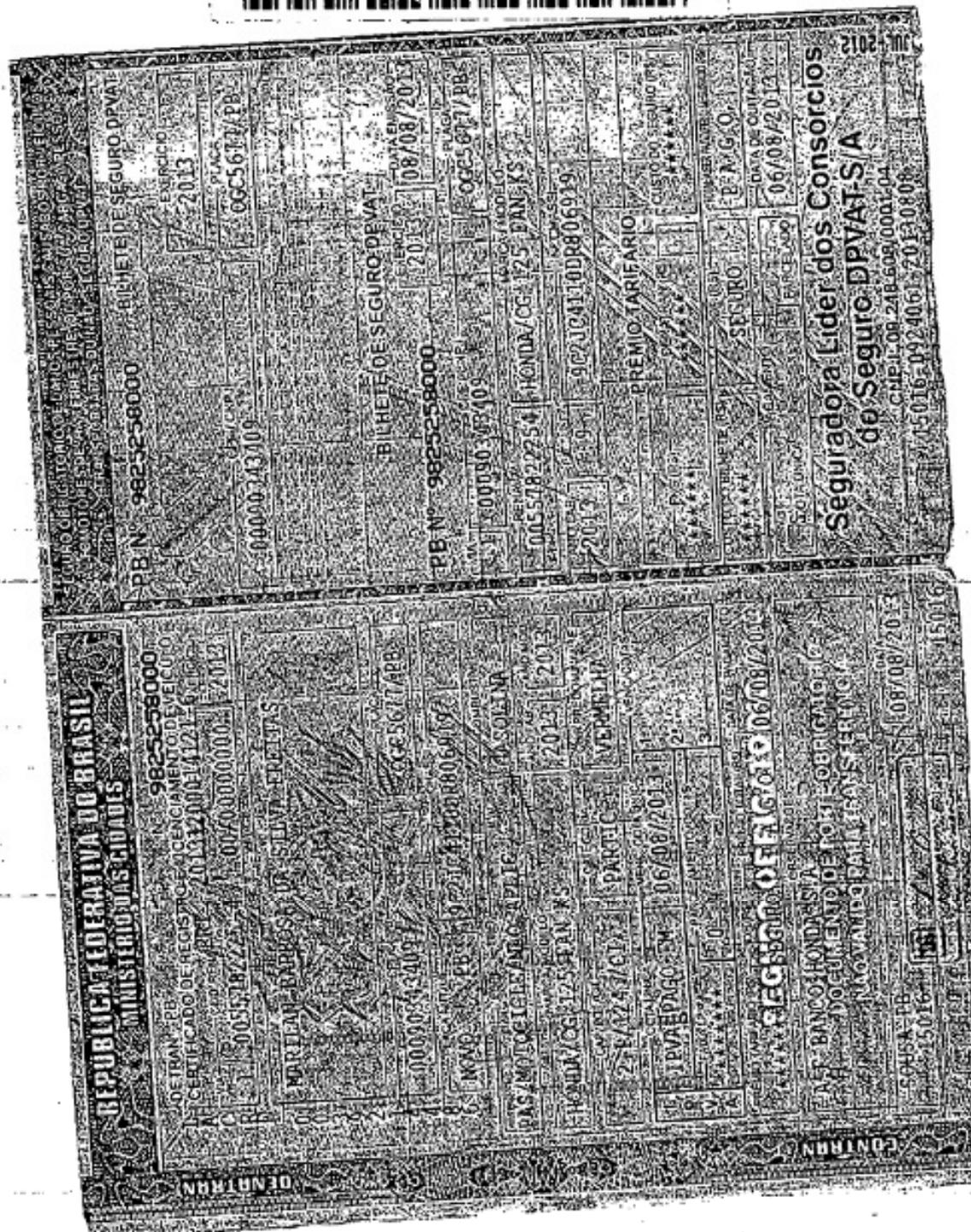
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2021 15:09:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090115090430400000045566141>
Número do documento: 21090115090430400000045566141

Num. 47993517 - Pág. 17



CONFIANÇA SEGUROS
26 MAIO 2014





CONFIANÇA SEGUROS

26 MAIO 2014

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI

Eu, Francisco de Sales dos Santos, ^{Alenant} portador da carteira de identidade nº 1133869 e inscrito no CPF/MF sob o nº 518418604-25, residente e domiciliado na Rua Maria Marques de Souza, 26, Cidade Sousa, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IMI para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IMI no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IMI localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prová do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IMI 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-IMI, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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.

OUTROS
1004054



Francisco de Sales dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Sousa, 30/04/14

Local e data

CONFIANÇA SEGUROS

26 MAIO 2014



**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): **FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES** Sinistro: **2014407437** Data: **05/04/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **MARIA MARQUES DE SOUSA, 26 - CENTRO - Sousa - PB - CEP 58808-110**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] 133869

Data local do exame: [**20/06/2014**] Cajazeiras [**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) **Trauma de face com fratura malar e do maxilar direito e ferida corto contusa da mão direita. Presença de paralisia em extensão do quinto quirodáctilo da mão direita. Presença de diminuição da força de preensão palmar direita. Queixas de distúrbio do comportamento, do sono, episódios de cefaleia.**

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. **Tratado cirurgicamente com limpeza e sutura de ferimento em supercílio direito e face palmar do quinto quirodáctilo da mão direita. Paciente teve alta definitiva em 14/01/2014.**

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 da mão direita.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentro as opção 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):
MÃO DIREITA

% 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):

Região Corporal (Sequela):

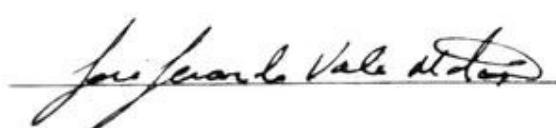
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% 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.



José Gerardo Vale Matos - CRM: 3216 - CE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2021 15:09:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090115090430400000045566141
Número do documento: 21090115090430400000045566141

Num. 47993517 - Pág. 21



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, **Francisco de Sales dos Santos Alvaro** SSP, EM / / E

PORTADOR(A) DO RG N° **1133869** EXPEDIDO PORCPF **570408609-25** CNPJ **00000000000000000000** PROFISSÃO **mais informado**E RENDA MENSAL DE R\$ **0,00** (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA **o mesmo**, 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos **não devem**, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em preposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGENCIA **050** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA **32812-6**

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

LOCAL

SousaDATA **27/07/14****2**ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) **Francisco de Sales dos Santos Alvaro**

! 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 da pedido de indenização, acesse www.dpvtsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





AUTO-ATENDIMENTO - ag. SOUSA
DATA: 21/05/2014 HORA: 14:57:15
TERMINAL: 055813930279

AGÊNCIA: 0558 - SOUSA
CONTA : 013.00.032.812-6
CLIENTE: FRANCISCO DE SALES D S ABRANTES

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS DE POUPANÇA POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
16/05	50,00

RESUMO EM 20/05	
SALDO	50,00

A CAIXA DÁ QUITAÇÃO ÀS TARIFAS C/C E
POUP LANÇADAS NO EXTRATO ANUAL DE
TARIFAS/2013 EM CONFORMIDADE COM A LEI
12.007/09.

"Pense antes de imprimir, conserve o meio
ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



DECLARAÇÃO

Eu **FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES**

Sinistro: **2014407437** portador de CPF: 518.418.604-25, residente na Rua Maria Marques de Sousa, 26 Centro Sousa-PB, Declaro para os devidos fins que si fizerem necessários que já compareci a agência da Caixa Econômica desta cidade, afim de regularizar minha conta bancária com a finalidade de poder receber o seguro DPVAT, mencionado no sinistro acima numerado, de forma que minha conta já se encontra normalizada. O referido é verdade.

Francisco de Sales dos Santos Abrantes

FRANCISCO SALES DOS SANTOS ABRANTES

CPF: 518.418.604-25

SOUSA-PB 22/07/14



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014407437 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/04/2014 **Seguradora:** CONFIANÇA CIA DE SEGUROS
ABRANTES

PARECER

Diagnóstico: Fratura do quinto quirodáctilo direito e ferida cortocontusa no supercílio direito.

Descrição do exame Presença de paralisia em extensão do quinto quirodáctilo direito e diminuição da força de preensão palmar direita.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: Periciando com fratura do quinto quirodáctilo direito e ferida cortocontusa no supercílio direito, tratado cirurgicamente com limpeza e sutura. Paciente teve alta definitiva em 08/2014.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do quinto quirodáctilo direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/12/2014

Conduta mantida: Sim

Observações:

Médico examinador: Jos Gerardo Vale Matos

CRM do médico: 3216

UF do CRM do médico: CE

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

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: BISMARCK HEITMANN

CRM do médico: 52.18488-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014407437**Cidade:** Sousa**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES**Data do acidente:** 05/04/2014**Emissor do parecer:** Jose Teófilo Saraiva**Seguradora:** CONFIANÇA CIA DE SEGUROS**Prestadora:** AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 325042

PARECER

Data da análise: 13/06/2014**Valorização do IML:** 0,00**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** TRAUMAS EM FACE**Resultados terapêuticos:** DEBILIDADE**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:** TRAUMA CRANIO-FACIAL 10%**Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** TEO**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano

Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonómica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital

% Dimensão Graduação

100 1 10

Valor avaliado: 1.350,00

file:///C:/Users/dayene.lobato/Desktop/2609218/PARECER%20DE%20ANÁLISE%2... 05/06/2019

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014407437**Cidade:** Sousa**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FRANCISCO DE SALES
DOS SANTOS ABRANTES**Data do acidente:** 05/04/2014**Emissor do parecer:** Igor da Silva
Bonfim**Seguradora:** CONFIANÇA CIA DE
SEGUROS**Prestadora:** ACE Gestão de
Saúde Ltda.**CRM do médico:** 3216

PARECER

Diagnóstico: Trauma de face com fratura malar e do maxilar direito e ferida corto contusa da mão direita.**Descrição do exame médico pericial:** Presença de paralisia em extensão do quinto quirodátilo da mão direita. Presença de diminuição da força de preensão palmar direita. Queixas de distúrbio do comportamento, do sono, episódios de cefaleia.**Resultados terapêuticos:** Tratado cirurgicamente com limpeza e sutura de ferimento em supercílio direito e face palmar do quinto quirodátilo da mão direita. Paciente teve alta definitiva em 14/01/2014.**Sequelas permanentes:** Limitação funcional da mão direita.**Sequelas:** Com sequelas**Data da perícia:** 20/06/2014

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00**Médico avaliador:** José Gerardo Vale Matos**UF do CRM do médico:** CE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de uma das mãos	70	1	50

Valor avaliado: 4.725,00

file:///C:/Users/dayene.lobato/Desktop/2609218/PARECER%20DE%20PERÍCIA%20... 05/06/2019

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: 30/07/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000032812-6

Nr. da Autenticação 266E595C4C421A10



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2021 15:09:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090115090430400000045566141>
Número do documento: 21090115090430400000045566141

Num. 47993517 - Pág. 28



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 13^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 00677184620148152001

BRADESCO AUTO/RE CIA DE SEGUROS, 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 **FRANCISCO DE SALES DOS SANTOS ABRANTES**, 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\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), 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.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2021 15:09:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090115090546100000045566142>
Número do documento: 21090115090546100000045566142

Num. 47993518 - Pág. 1

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, 30 de agosto de 2021.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2021 15:09:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090115090546100000045566142>
Número do documento: 21090115090546100000045566142

Num. 47993518 - Pág. 2