



Número: **0800658-10.2017.8.15.0581**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Rio Tinto**

Última distribuição : **27/10/2017**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA (AUTOR)		CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37683480	10/12/2020 14:07	Petição	Petição
37683482	10/12/2020 14:07	2631239_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
37683483	10/12/2020 14:07	2631239_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10151840

A/C: ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA

Sinistro: 3160719655 ASL-1172784/16
Vitima: ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA
Data Acidente: 19/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ERINEUSA OLIVEIRA DA SILVA

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 o 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 COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00809/00810 - carta_01



Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2017

Carta nº: 11059539

A/C: ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA

Sinistro: 3160719655 ASL-1172784/16
Vítima: ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA
Data Acidente: 19/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ERINEUSA OLIVEIRA DA SILVA

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. 019/13/01914 - carta_02



Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2017

Carta nº: 11151560

A/C: ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA

Sinistro: 3160719655 ASL-1172784/16
Vitima: ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA
Data Acidente: 19/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ERINEUSA OLIVEIRA DA SILVA

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: ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000044

Conta: 0000098518-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé
10%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01459/01460 - carta_15R





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, Enick José de Oliveira da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3546899 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 25/05/1974
 CPF 096507144-05 / CNPJ 00000000-0000-0000, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Enick José de O. da Silva 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, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização, com as informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO 1 *T196*



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 aparecerem 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 SISDPVAT 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 _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° 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 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 N° da CONTA (com dígito, se existir) 98518-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA 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.

Maranguape/PB de 18 de novembro de 2016 Enick José de Oliveira da Silva
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

12



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 - 10/12/2020 14:07:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121014072471400000035949861>

Número do documento: 20121014072471400000035949861

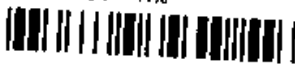




BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2016
Ocorrência nº. 162
/2016
/2016

DOCUMENTO 1 *71%*



Aos 25 dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de RIO TINTO/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **NORIVAL GOMES PORTELA FILHO**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrivã(o) **PATRICIA NEIZILDA ALBUQUERQUE GOMES**, ai, por volta 08h:55min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA, conhecido por , Identidade nº 3546899-SSP PB, CPF nº , nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: pintor, filho(a) de Joao Jose Da Silva E Erlneusa De Oliveria Venancio, natural de Rio Tinto/PB , nascido(a) em 06/08/1989 (anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Sitio Taberaba, tendo como ponto de referência: ZONA RURAL, na cidade de RIO TINTO PB, fone(s) para contato:

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE MOTOCICLETA;
- 2) DATA DO FATO: 19 de 02 de 2016;
- 3) HORÁRIO: h: min;
- 4) LOCAL: RIO TINTO PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE O NOTICIANTE INFORMA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE MOTOCICLETA NO DIA 19/02/2016 NA ZONA RURAL DE RIO TINTO QUANDO ESTAVA NA GARUPA DA MOTO; QUE O NOTICIANTE FOI ATENDIDO INICIALMENTE NO HOSPITAL DE RIO TINTO E FOI ENCAMINHADO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA EM JOAO PESSOA CONFORME LAUDO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA; QUE O NOTICIANTE FOI CONDUZIDO PELO SAMU ATÉ A CAPITAL; QUE A MOTOCICLETA QUE O CONDUZIA ERA DO TIPO HONDA CG 150 TITAN ES DE PLACAS MNU5671/PB DE COR VERMELHA DE CHASSI 9C2KC08508BR124421 CONFORME DOCUMENTO APRESENTADO.

6) OBSERVAÇÕES:

O NOTICIANTE APRESENTOU CARTEIRA DE IDENTIDADE, LAUDO MEDICO ORIGINAL E DOCUMENTO DO VEICULO PARA REGISTRAR A OCORRENCIA

Nada mais a consignar. lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Erick Jose de Oliveira da Silva
ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA
Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 182.027-3

Patricia Neizilda Albuquerque Gomes
Patricia Neizilda Albuquerque Gomes
Agente de Investigação
Polícia Civil
Matrícula 182.027-3

CARTORIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Prof. J. Pessoa - 47, Centro, Manganguape-PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi entregue.
(Art.365-III do CPC).
Manganguape/PB-10/11/2016
Selo Digital: AEE99944-TD62
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$2,04 Arpen R\$0,25 MP R\$0,03 Fej R\$0,51



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:	09/06/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000098518-1

Nr. da Autenticação 11711B2DEC62CBD7



DOCUMENTO 5 "TS/A"



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Erick de Oliveira Silva</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO <i>Masculino</i>	COR	CDM	ESP.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>19/08/16</i>		DATA DE ALTA <i>26/08/16</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura exposta do 5º DP.</i>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
OUTROS EXAMES <i>Radiografias e exame clínico.</i>					

PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Tratamento cirúrgico.</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
SINTOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO P.O. ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÃO DE ALTA ☒ MELHORADO		☐ REMOVIDO		☐ A PEDIDO	
☐ CURADO		☐ ÓBITO			

RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
<i>Porto submetido a tratamento cirúrgico. Evolu com necrose do 5º DP. Indicado a amputação do 5º DP. Alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial.</i>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
DIETA: <i>Diet. Livre.</i>	
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA:	

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <i>D. Milton de Barros</i> em 30 dias para revisão.
---------	--

DATA <i>26/08/16</i>		Milton Barbosa de Farias Neto Médico Residente Ortopedia e Traumatologia	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUAÇÃO DE TRATAMENTO.			



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 14:07:25

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121014072471400000035949861

Número do documento: 20121014072471400000035949861

Num. 37683482 - Pág. 8

Av. João Machado Nº 1234 - Centro
 CEP: 58013-522
 João Pessoa - Paraíba
 Tel: (83) 2107-9500
 www.hsvp-ivgp.com.br
 hsvp90@hotmail.com
 CNPJ: 09124165000140

INSTITUTO WILFREDO GUEDES PEREIRA
 Av. João Machado, 1234 - Centro
 CEP: 58013-522
 João Pessoa - PB
 Data de Internação: 08/01/2015
 Motivo de Alta:
 Data: 21/01/2015 11:23:35
 Arquivo: 00113465
 Unidade de Internação: ENF VASCULAR ISOLAME.
 ENFERMARIA VASCULAR ISOLAMENTO, VASC
 ISOLAMENTO-24
 Identificação do Paciente
 Paciente: RITA FONSECA DE LIMA





Hospital Municipal

Francisco Porto

Rio Tinto - PB

TRANSFERÊNCIA

NOME:

CNEK... Danilo Oliveira de Silva

IDADE:

HORA DA TRANSFERÊNCIA:

h

min.

ENDEREÇO:

St. Telhada

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA:

X

mmHg;

FC:

bpm;

FR:

ipm;

TEMPERATURA:

°C

Reent. al. Fratura completa do 1º
do 1º. Rodado do
St. Guerra, Mantendo Engado.

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

MOTIVO DE TRANSFERÊNCIA

Avaliação Cirúrgica

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

1ª VIA - UNIDADE DE REFERÊNCIA

2ª VIA - UNIDADE DE REFERÊNCIA

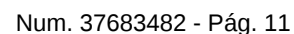
6



Av. Santa Elizabeth, 03 - Rio Tinto-PB

Total R\$ 114,00

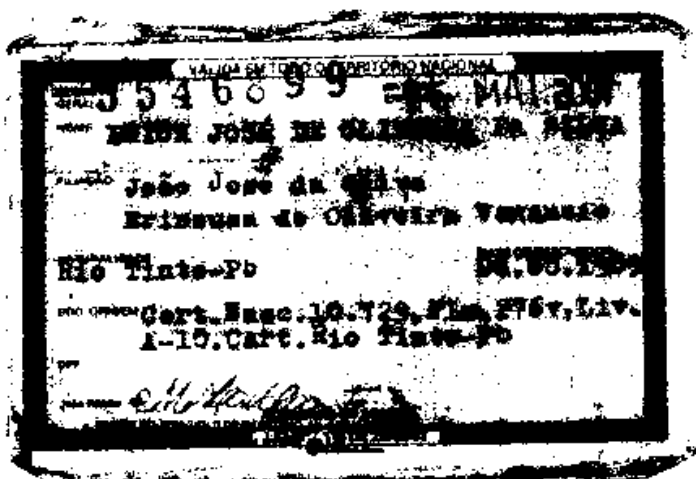
10 VIA



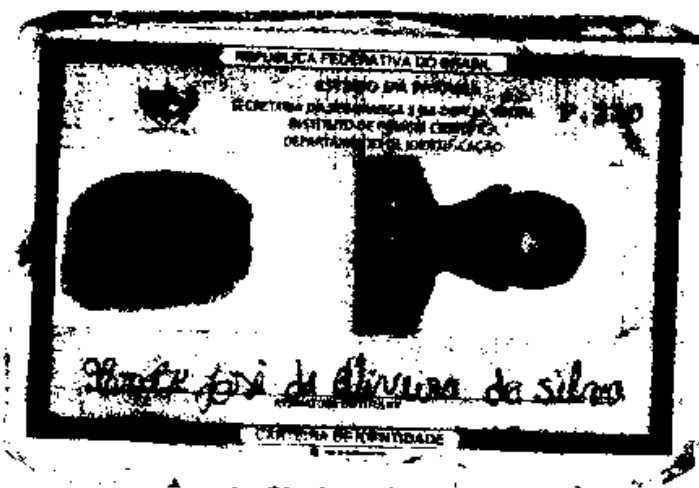
CONCLUSÃO
Faz o presente auto conclusivo
Juiz
Data
Assinatura

RELAÇÃO
Data
Assinatura

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAIBA
COMARCA DE MAMANGUAPÉ - CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO
Tipo de distribuição: SORTEIO - 13/02/2014 12 horas 07 minutos
Processo: 0000564-83.2014.815.0231
Classes: PROCEDIMENTO ORDINÁRIO
SALÁRIO / DIFERENÇA SALARIAL
Valor da causa : 30000,00
Série : 14
Autor : EDMÔNIO FERREIRA DA SILVA
Réu : MUNICÍPIO DE ITAPOROROCA
Vara : 1ª. VARA DE MAMANGUAPÉ
Juiz : FRANCIELLY REGANE DE SOUZA MOTA
Comotor: JULIANA LIMA SALMITO



DOCUMENTO 6 "T66"



	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	Código: CP - ____
	PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"	Versão: 2015 Página: 1/1

OUTORGANTE:

OUTORGADOS: MARCOS ANTONIO INÁCIO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB, OAB/PE, OAB/RN, OAB/CE, OAB/MA e OAB/BA sob os nºs 4.007, 573-A, 560-A, 20.417-A, 9.503-A e 29.933, respectivamente; e no CPF sob o nº 206.448.414-00, NARRIMAN XAVIER DA COSTA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob nº. 10.334, e no CPF sob o nº. 419.121.364-49; NELSON AZEVEDO TORRES, brasileiro, divorçado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº. 11.488, e no CPF sob o nº. 031.129.754-48, CAIO TIBÉRIO BARBALHO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 18.873, e no CPF sob o nº 074.757.494-44, LARISSA RAULINO MONTENEGRO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 16.221, e no CPF sob o nº 066.375.504-26, todos com escritório profissional localizado à Rua Francisca Moura, 548, Centro, JOÃO PESSOA/PB, onde recebem intimações de estilo (art. 39 do CRC).

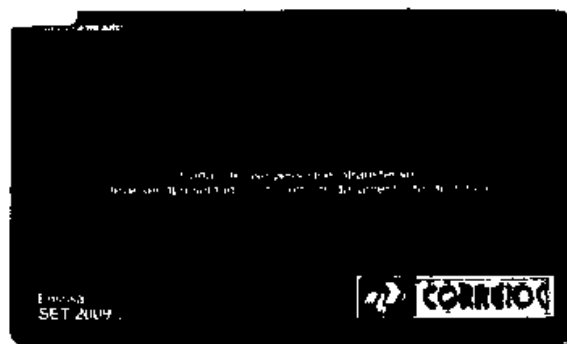
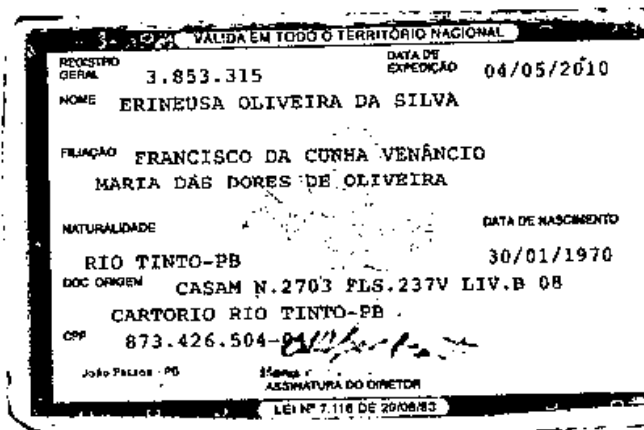
PODERES: Por este instrumento o outorgante supra qualificado, nomeia e constitui os Outorgados acima identificados, seus bastantes procuradores, conferindo-lhes os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA", para, em conjunto ou separadamente, em qualquer juízo ou Tribunal, no foro em geral (art. 38 CPC c/c § 2º do art. 5º lei 8.906 EAOAB), inclusive atuar fora do âmbito processual, defender (em) os interesses do (a)(s) outorgante(s), e os poderes especiais para representá-lo(a) em audiências de conciliação, instrução e julgamento, podendo transigir, fazer acordo, firmar compromisso, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, emitir recibos e dar quitação e, também, para representá-lo(a)(s) junto aos órgãos públicos na defesa de interesses do outorgante, no que diz respeito a requerer e receber histórico(s) de consignação(ões) de qualquer espécie, como também qualquer outro documento, prestar esclarecimentos, providenciar apresentação de provas e praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias administrativas ou judiciais, o que tudo será dado por bom, firme e valioso para o fiel cumprimento do mandato que tem como objeto precípuo a prestação de serviços advocatícios nas esferas administrativas e judiciais, visando compeli-las Instituições Financeiras a reconhecer direitos do(s) outorgante(s) no que concerne a contrato(s) de empréstimo(s) firmado(s) ou supostamente firmado(s), devolução dos valores indevidamente pagos, indenizações por danos e outros, compreendendo a prestação de todos os serviços necessários ao deslinde da Ação pertinente a cada caso. O(s) outorgante(s) confere(m) ainda ao(s) procurador(es) acima identificado(s), os poderes específicos para que, por ocasião do cumprimento da sentença, retenham ou autorize(m) ao Banco do Brasil S/A; Caixa Econômica Federal-CEF, ou qualquer outra instituição integrante do sistema financeiro nacional, a deduzir/reter dos valores destinados a(o) Outorgante(s), o percentual de 30% (trinta por cento), sobre o valor bruto total e integral de todas as vantagens financeiras por si auferidas em razão do êxito alcançado, creditando-o em favor do advogado OUTORGADO a título de pagamento "ad exitum" de honorários pelos serviços prestados, receber e dar quitação em geral, tudo conforme contratualmente acertado, que deverá ser levado a crédito bancário em conta a ser indicada (art. 22 § 4º, Lei 8.909/94). O Outorgante autoriza desde já a retenção dos mesmos em favor do OUTORGADO, por ocasião da expedição de Precatório/Alvará/RPV, como também o poder de renunciar a valores que eventualmente excedam ao teto dos julgados especiais cíveis e federais (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995). Os poderes poderão ser substabelecidos, com ou sem reserva.

DECLARAÇÃO: O(a)(s) outorgante(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060 de 1950.



 OUTORGANTE





PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160719655 **Cidade:** Rio Tinto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 19/02/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do 5º pododáctilo direito (Amputação de 5º artelho pé direito)

Descrição do exame médico pericial: Paciente submetido a tratamento cirúrgico de amputação traumática de 5º pododáctilo direito, evoluiu com necrose tecidual sendo realizado segundo tempo cirúrgico para amputação de dedo necrosado.

Resultados terapêuticos: Paciente com ausência de 5º pododáctilo direito, refere dificuldade de uso de calçados e dor no pé direito

Sequelas permanentes: Amputação do 5º pododáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/06/2017

Conduta mantida:

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

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

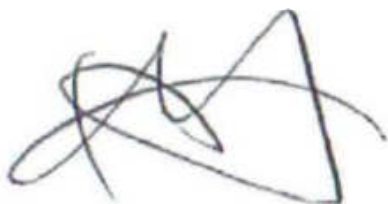
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

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): **ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA** Sinistro: **3160719655** Data: **19/02/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO TABERABA, SN - AREA RURAL - Rio Tinto - PB - CEP 58297-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **3546899**

Data local do exame: [**07/06/2017**] **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 exposta do 5º pododáctilo direito (Amputação de 5º artelho pé direito). Paciente submetido a tratamento cirúrgico de amputação traumática de 5º pododáctilo direito, evoluiu com necrose tecidual sendo realizado segundo tempo cirúrgico para amputação de dedo necrosado.

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.
paciente com ausência de 5º pododáctilo direito, refere dificuldade de uso de calçados e dor no pé direito

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.

paciente com ausência de 5º pododáctilo direito, refere dificuldade de uso de calçados e dor no pé 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

() "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):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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 (*).

(**X**) Total = "100% da IS"

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

5º dedo pé direito (amputação total).



Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160719655 **Cidade:** Rio Tinto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 19/02/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: FRATURA EXPOSTA DO 5º PODODÁCTILO DIREITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes: CICATRIZ, DEBILIDADE E LIMITAÇÃO DO 5º PODODÁCTILO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: 5º PODODÁCTILO DIREITO 50%

Documentos complementares:

Observações:

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: LAERTE FELIX DE MATTOS

CRM do médico: 52.34636-3

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



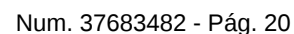
100-443887-100

OUTORGANTE:

OUTORGADO:

Local e Data

Lucas Fernandes Oliveira
Escritor Autorizado





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO TINTO/PB

Processo: 08006581020178150581

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 **ERICK JOSE DE OLIVEIRA DA SILVA**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO TINTO, 8 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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 14:07:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121014072563700000035949862>
Número do documento: 20121014072563700000035949862