



Número: **0823553-36.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/05/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS CRISTOVAM DE MELO (AUTOR)		IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30627 293	13/05/2020 14:10	<a href="#">Contestação</a>	Contestação
30627 600	13/05/2020 14:10	<a href="#">2717133_CONTESTACAO_Anexo_04</a>	Outros Documentos
30627 602	13/05/2020 14:10	<a href="#">2717133_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Outros Documentos
30627 608	13/05/2020 14:10	<a href="#">2717133_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



# 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:	17/02/2020
------------------------	------------

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

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

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

CLIENTE: ANTENOR AUGUSTO SILVA DE OLIVEIRA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03857

CONTA: 000002002271-9

---

---

Nr. da Autenticação DA60B32442568E19



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170416688 - 2  
Nome do(a) Examinado(a): CARLOS CRISTOVAM DE MELO  
Endereço do(a) Examinado(a): RUA SAO JUDAS TADEU nº 238 - ALTO DO MATEUS - JOAO PESSOA/PB  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 02799635428  
Data local do exame: 01/09/2017 JOAO 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)

### CONTUSÃO DE JOELHO DIREITO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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

**TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA, SEM COMPLICACOES, COM ALTA MEDICA MOBILIDADE ARTICULAR PRESERVADA EM AMBOS OS JOELHOS.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

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

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(\*)

☐ Vitima em tratamento

☒ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

**NOTA DO REVISOR - CONCLUSÃO SEM SEQUELAS BASEADO NA AVALIAÇÃO DOCUMENTAL E PERICIAL -**

Local e data de realização do exame médico legal:

**PB - JOAO PESSOA, 01/09/2017**

**Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB**

  
João Fernandes de Souza  
CRM: 2732

Assinatura do perito Examinador - CRM



# 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: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ANTENOR AUGUSTO SILVA DE OLIVEIRA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03857

CONTA: 000002002271-9

---

---

Nr. da Autenticação DA60B32442568E19

