



Número: **0802548-45.2020.8.15.0171**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Esperança**

Última distribuição : **20/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO BATISTA TRAJANO (AUTOR)		CAIO PRADO DANTAS DE MENDONCA Y ARAUJO (ADVOGADO) SEBASTIAO ARAUJO DE MARIA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37854650	15/12/2020 12:02	2772863_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200341044

Vítima: Joao Batista Trajano

Data do Acidente: 31/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOAO BATISTA TRAJANO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01187/01188 - carta_02 - INVALIDEZ

00060594



Carta nº 16165586



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 12:02:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121512020931000000036108785>

Número do documento: 20121512020931000000036108785

Num. 37854650 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200341044

Vítima: Joao Batista Trajano

Data do Acidente: 31/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO BATISTA TRAJANO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: Joao Batista Trajano

Valor: R\$ 337,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000084932083-7

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

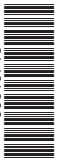
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01497/01498 - carta_15R - INVALIDEZ

00010749





CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 127 / 2020.

Aos 21 dias de SETEMBRO de DOIS MIL E VINTE, nesta cidade de Esperança/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA DO SOCORRO DA SILVA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, Escrivão do seu cargo, ai, por volta 09h:02 min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOÃO BATISTA TRAJANO, RG Nº 1.443.445 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil: SOLTEIRO, profissão: PEDREIRO, filho(a) de ANTONIO TRAJANO DOS SANTOS e de ANIZETE TERÇO DA SILVA, natural de ESPERANÇA/PB, nascido(a) em 21/06/1965 (58 anos), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) NA RUA RAIMUNDO GOMES DA SILVA, 118, CENTRO, ESPERANÇA/PB, fone(s) para contato: 9 9869-0562.

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 Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) Natureza do fato: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO;
- 2) Data do fato: 31/05/2020;
- 3) Horário do fato: 14:00h;
- 4) Local do fato: PB 121 (entre os municípios de Areial e Esperança)
- 5) Breve resumo do fato:

Que no dia e hora acima especificados, retornava de Areial com destino a Esperança, pela PB 121, quando um carro colidiu contra a moto conduzida pelo comunicante, ou seja, **HONDA/CG 150 TITAN KS, placa MMW 2414/PB, COR VERMELHA, ANO: 2004/2004, CHASSI Nº 9CZKC08104R017264, registrado em nome de GEORGE M. BATISTA**, acertando o cano, vindo a perder o controle da motocicleta e caindo solo; QUE sofrendo ferimentos na perna esquerda, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Trauma em Campina Grande, onde se constatou fratura na perna esquerda, sendo submetido a procedimento cirúrgico, ficando internado por uma semana; QUE não sabe quem foi o motorista causador do acidente e nem percebeu as características do carro, pois foi tudo muito rápido e não se recorda do local exato do acidente; QUE cita como testemunhas do acidente as pessoas de: ANGELICA PEREIRA DOS SANTOS (RG Nº 3.251.601 SSP/PB) e JOSÉ GIVANILDO ELIAS BATISTA (3.129.119 SSP/PB), ambos podendo serem encontrados na RUA RAIMUNDO GOMES DA SILVA, 99/C, CENTRO, ESPERANÇA.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Não consta.

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

João Batista Trajano
JOÃO BATISTA TRAJANO
Comunicante

SAULO RAMOS SILVA
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 168.434-5

[illegible]

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:	14/10/2020
------------------------	------------

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

VALOR TOTAL:	337,50
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO BATISTA TRAJANO

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000084932083-7

Nr. da Autenticação 55F4778EDE8F7F5A



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOAO BATISTA TRAJANO

Data da Internação: 31/05/2020 Data da Alta: 06/06/2020

Registro: 2162358

Tempo de Permanência: 18414

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA e fibula

Diagnóstico Final:

Principais Exames: RADIOGRAFIA

Cirurgia: RAFI Data: 04/06/2020

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: MATHEUS PEDROSO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: SINTOMATICOS + CEFZOLINA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

Anatomopatológico: NDN

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): TAUMIA EM PERNA APÓS ACIDENTE DE MOTO. FRATURA EXPOSTA GRAVE DE OSSOS DA PERNAS EM 1/3 DISTAL. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS.

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL + NÃO PISAR

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: LEVOFLOXACINO + NARELTO + LONONIN + LISADOR DIP

Condições de Alta: Melhorado

Data: 06/06/2020

Assinatura: 
Yvry de Paiva Camara

RESPONSÁVEL: Yvry de Paiva Camara





Prefeitura Municipal de Esperança
Secretaria de Saúde
Base Descentralizada do Serviço Móvel de Urgência



Em 18 Setembro de 2020.

Declaração

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) ESPERANÇA-PB, foi solicitado para realizar atendimento pré-hospitalar a **JOÃO BATISTA TRAJANO**, vítima de **ACIDENTE MOTOCICLISTICO**, no dia 31/05/2020, às 16:53h, o mesmo foi encaminhado para o Hospital de Trauma de Campina Grande.


Jarina Danielly B. Borborema
COORDENADORA DA REDE DE URGÊNCIA
Mat. 32959

Jarina Danielly Brandão Borborema
Coordenadora da Rede de Urgência



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr(a) **JOAO BATISTA TRAJANO**, portador(a) da
Identidade RG: **1443445** portador(a) da patologia CID-10 **S827**. Esteve interno (a) neste Hospital no
período de **31/05/2020** a **06/06/2020**, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades por um
período de **90** dias, a partir desta data.

CAMPINA GRANDE - PB 06/06/2020

Dr. Ywry de Paiva
Ywry de Paiva

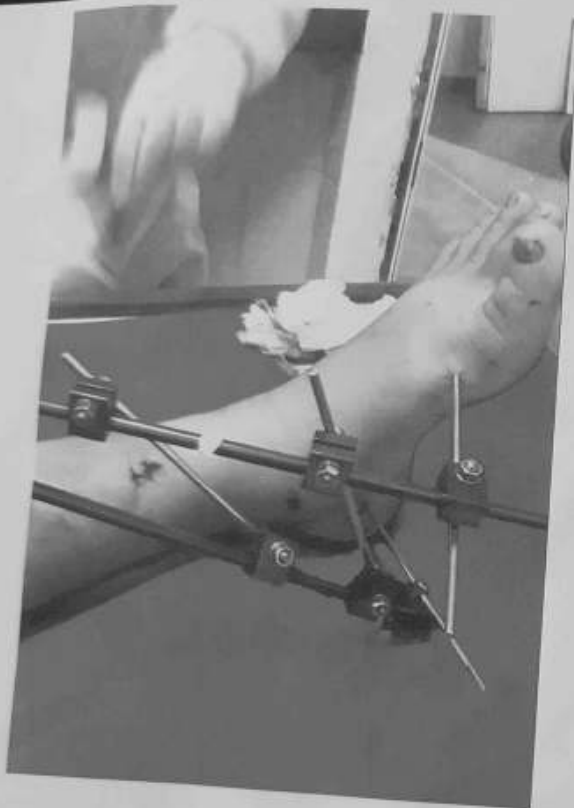
Médico: **Ywry de Paiva Camara**

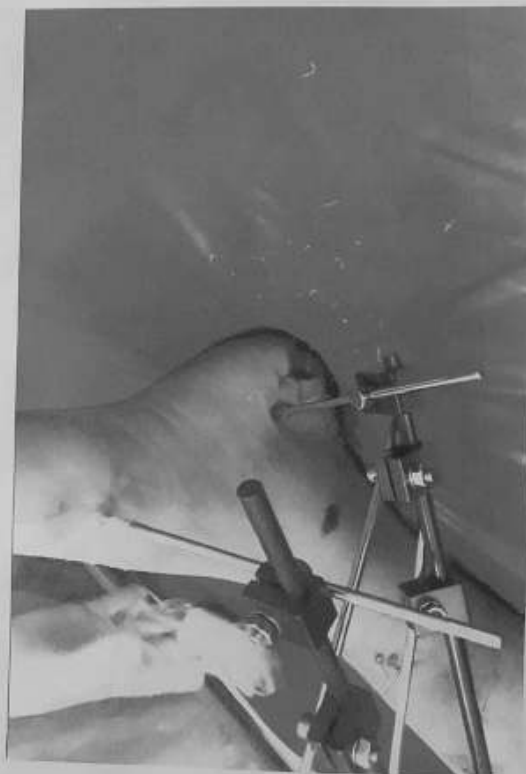
AUTORIZAÇÃO

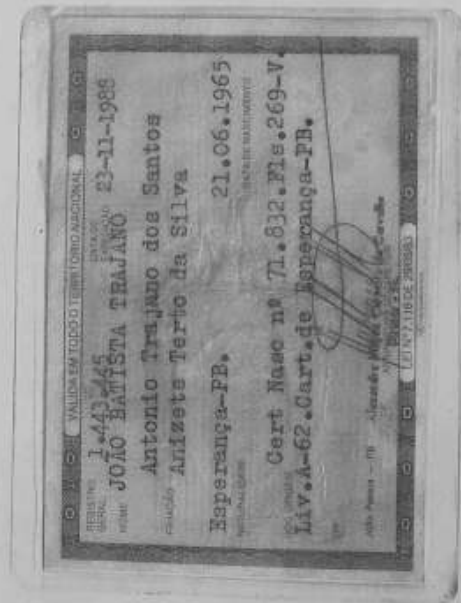
Eu **JOAO BATISTA TRAJANO**, autorizo o (a) Dr.(a) **Ywry de Paiva Camara**, a registrar o
diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado legal.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal











PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200341044 **Cidade:** Esperança **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Joao Batista Trajano **Data do acidente:** 31/05/2020 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 45°, ausência de atrofias no segmento, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau residual no tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO; LIMITAÇÃO NA DORSO-FLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO. ALTA DIA 06/06/2020.

Sequelas permanentes: Redução funcional residual do tornozelo E.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/10/2020

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual do tornozelo E devido a limitação da dorsiflexão articular.

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269080/20

Vítima: Joao Batista Trajano

Data do acidente: 31/05/2020

CPF: 095.661.444-23

CPF de: Próprio

Titular do CPF: Joao Batista Trajano

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

Joao Batista Trajano : 095.661.444-23

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

