



Número: **0838142-33.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **12/07/2018**

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
SALOMAO FREIRE DE LIMA (AUTOR)	VANESSA MARTINS MACEDO (ADVOGADO) ALVARO MENDES PIRES NETO (ADVOGADO) DANDARA BATISTA DE FRANCA (ADVOGADO) DANILO CAZE BRAGA DA COSTA SILVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37148 943	26/11/2020 15:44	<u>Petição</u>	Petição
37148 947	26/11/2020 15:44	<u>2575787_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
37148 948	26/11/2020 15:44	<u>2575787_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/11/2020 15:44:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112615443153300000035451641>
Número do documento: 20112615443153300000035451641

Num. 37148943 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **SALOMAO FREIRE DE LIMA**

Nº Sinistro: **3170637439**
Vitima: **SALOMAO FREIRE DE LIMA**
Data do Acidente: **04/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALVARO MENDES PIRES NETO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170637439**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12062163



Pag. 00005/00006 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/11/2020 15:44:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112615443276600000035451645>
Número do documento: 20112615443276600000035451645

Num. 37148947 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: SALOMAO FREIRE DE LIMA
Nº Sinistro: 3170637439
Vitima: SALOMAO FREIRE DE LIMA
Data do Acidente: 04/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALVARO MENDES PIRES NETO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3170637439**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

Pag. 00979/00980 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 12062461

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: SALOMAO FREIRE DE LIMA

Sinistro: 3170637439
Vítima: SALOMAO FREIRE DE LIMA
Data do Acidente: 04/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALVARO MENDES PIRES NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número 3170637439 foi interrompido, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00611/00612 - carta_02 - INVALIDEZ



00050306

Carta nº 12156338



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/11/2020 15:44:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112615443276600000035451645>
Número do documento: 20112615443276600000035451645

Num. 37148947 - Pág. 3

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12264377

A/C: SALOMAO FREIRE DE LIMA

Nº Sinistro: 3170637439
Vitima: SALOMAO FREIRE DE LIMA
Data do Acidente: 04/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALVARO MENDES PIRES NETO

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: SALOMAO FREIRE DE LIMA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 0000024696-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	651.947.481-34	Salomão Freire de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Salomão Freire de Lima	651.947.481-34	Decusa
Endereço	Número	Complemento
Rua Celso Otávio Mousais	2818	
Bairro	Estado	CEP
Oitizeiros	Piauí	58088-660
Email	Telefone (DDD)	
	83 99825-6662	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (2371) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO Nº ag.	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> AGENCIA Nº ag.	
AGÊNCIA Nº	DIV	CONTA Nº	DIV
0037		00013	
(Informar dígito se existir)		24696 8	
		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura seguradora para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o credorismo referido abaixo na conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Suelio Moreira Torres, 20 de Novembro de 2017
Local e Data

Suelio Moreira de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Autorização de pagamento



FAPPF.001 v001/2017

20



**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): **SALOMAO FREIRE DE LIMA** Sinistro: **3170637439** Data: **04/08/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Celso Otávio Novais, 2818 - Oitizeiro - João Pessoa - PB - CEP 58088-660**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1072210**

Data local do exame: [**08/01/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
RUTURA DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR ESQUERDO. PACIENTE COM CLAUDICAÇÃO IMPORTANTE A ESQUERDA, DEFÍCIT DE FORÇA E MOVIMENTO NO TORNOZELO ESQUERDO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

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

PACIENTE COM HISTÓRIA DE FERIMENTO EXTENSO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO COM LESÃO DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR, SUBMETIDO A SUTITA DE TENDÃO. EVOLUI COM EXTENSA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO ANTERIOR AO NIVEL DO TORNOZELO, COM QUELOIDE LOCAL. AUSÊNCIA DE DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, FLEXÃO DOLOROSA DO TORNOZELO E APRESENTA EDEMA TORNOZELO E PÉ ESQUERDO.

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.

COM EXTENSA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO ANTERIOR AO NIVEL DO TORNOZELO, COM QUELOIDE LOCAL. AUSÊNCIA DE DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, FLEXÃO DOLOROSA DO TORNOZELO E APRESENTA EDEMA TORNOZELO E PÉ ESQUERDO. PARESTESIA NO PÉ ESQUERDO E ALTERAÇÃO COR PELE (PELE ACINZENTADA). DOR CRÔNICA PÉ E TORNOZELO ESQUERDO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() "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):
TORNOZELO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 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.

Douglas Michalane Pires Teixeira

Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/11/2020 15:44:33

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112615443276600000035451645

Número do documento: 20112615443276600000035451645

Num. 37148947 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/11/2020 15:44:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112615443276600000035451645>
Número do documento: 20112615443276600000035451645

Num. 37148947 - Pág. 8

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170637439 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: SALOMAO FREIRE DE LIMA Data do acidente: 04/08/2017 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES NO PROCESSO SÃO INSUFICIENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170637439 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SALOMAO FREIRE DE LIMA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: RUTURA DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE COM CLAUDICAÇÃO IMPORTANTE A ESQUERDA, DEFICIT DE FORÇA E MOVIMENTO EM TORNOZELO ESQUERDO.

COM EXTESA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO ANTERIOR AO NÍVEL DO TORNOZELO, COM QUELOIDE LOCAL. AUSÊNCIA DE DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, FLEXÃO DOLOROSA DO TORNOZELO E APRESENTA EDEMA TORNOZELO E PÉ ESQUERDO. PARESTESIA NO PÉ ESQUERDO E ALTERAÇÃO COR PELE (PELE ACINZENTADA). DOR CRÔNICA PÉ E TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE COM HISTÓRIA DE FERIMENTO EXTEÑO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO COM LESÃO DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR, SUBMETIDO A SUTURA DE TENDÃO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/01/2018

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total		18,75 %	R\$ 2.531,25	

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:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170637439 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SALOMAO FREIRE DE LIMA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: RUTURA DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE COM CLAUDICAÇÃO IMPORTANTE A ESQUERDA, DEFICIT DE FORÇA E MOVIMENTO EM TORNOZELO ESQUERDO.

COM EXTESA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO ANTERIOR AO NÍVEL DO TORNOZELO, COM QUELOIDE LOCAL. AUSÊNCIA DE DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, FLEXÃO DOLOROSA DO TORNOZELO E APRESENTA EDEMA TORNOZELO E PÉ ESQUERDO. PARESTESIA NO PÉ ESQUERDO E ALTERAÇÃO COR PELE (PELE ACINZENTADA). DOR CRÔNICA PÉ E TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE COM HISTÓRIA DE FERIMENTO EXTEÑO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO COM LESÃO DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR, SUBMETIDO A SUTURA DE TENDÃO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/01/2018

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total		18,75 %	R\$ 2.531,25	

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:





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08381423320188152001

BRADESCO SEGUROS 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 **SALOMAO FREIRE DE LIMA**, em trâmite perante este Duto 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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, 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.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/11/2020 15:44:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112615443368700000035451646>
Número do documento: 20112615443368700000035451646

Num. 37148948 - 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, 24 de novembro 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/11/2020 15:44:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112615443368700000035451646>
Número do documento: 20112615443368700000035451646

Num. 37148948 - Pág. 2