



Número: **0803679-80.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **20/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.631,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE OLIVEIRA DANTAS (AUTOR)	RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30592 156	12/05/2020 15:30	<a href="#"><u>Contestação</u></a>	Contestação
30592 165	12/05/2020 15:30	<a href="#"><u>2716205_CONTESTACAO_Anexo_05</u></a>	Outros Documentos
30592 166	12/05/2020 15:30	<a href="#"><u>2716205_CONTESTACAO_Anexo_04</u></a>	Outros Documentos
30592 167	12/05/2020 15:30	<a href="#"><u>2716205_CONTESTACAO_Anexo_03</u></a>	Outros Documentos
30592 170	12/05/2020 15:30	<a href="#"><u>2716205_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/05/2020 15:30:09  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051215300643300000029381900>  
Número do documento: 20051215300643300000029381900

Num. 30592156 - 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.**

Número do Sinistro: **3190658464**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE OLIVEIRA DANTAS**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA PROJETADA, 37 - Campina Grande - PB - CEP 58434-990**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp /PB** ] **2095216**

Data e local do acidente: [ **25/08/2019** ] **bairro das cidades Campina Grande**

Data e local do exame: [ **09/12/2019** ] **Campina Grande** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*Fratura do rádio esquerdo , fratura exposta do quarto dedo da mão esquerda , fratura do quinto dedo da mão esquerda, fratura exposta do terceiro dedo do pé esquerdo*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Ao exame apresenta limitação articular leve do punho e moderada do quinto dedo da mão esquerda, amputação do quarto dedo da mão esquerda , cicatriz em quarto dedo do pé esquerdo e antebraço esquerdo sem limitação .*

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[  ] Sim [  ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*Foi submetido a tratamento cirúrgico e já não faz mais acompanhamento médico com alta. Evolução sem intercorrências*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[  ] Sim [  ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

*Amputação do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do punho esquerdo*

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo 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)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Punho esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

**4º quirodáctilo esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

**5º quirodáctilo esquerdo**

% 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

VIII. \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.

Bruno Bezerra Brilhante - CRM: 6492 - PB



# 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: 18/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.868,75

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

CLIENTE: JOSE OLIVEIRA DANTAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000444737-4

---

Nr. da Autenticação 55587E4324596025



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/05/2020 15:30:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051215301470100000029381909>  
Número do documento: 20051215301470100000029381909

Num. 30592166 - 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.**

Número do Sinistro: **3190658464**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE OLIVEIRA DANTAS**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA PROJETADA, 37 - Campina Grande - PB - CEP 58434-990**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp /PB** ] **2095216**

Data e local do acidente: [ **25/08/2019** ] **bairro das cidades Campina Grande**

Data e local do exame: [ **09/12/2019** ] **Campina Grande** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*Fratura do rádio esquerdo , fratura exposta do quarto dedo da mão esquerda , fratura do quinto dedo da mão esquerda, fratura exposta do terceiro dedo do pé esquerdo*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Ao exame apresenta limitação articular leve do punho e moderada do quinto dedo da mão esquerda, amputação do quarto dedo da mão esquerda , cicatriz em quarto dedo do pé esquerdo e antebraço esquerdo sem limitação .*

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[  ] Sim [  ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*Foi submetido a tratamento cirúrgico e já não faz mais acompanhamento médico com alta. Evolução sem intercorrências*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[  ] Sim [  ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

*Amputação do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do punho esquerdo*

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo 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)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Punho esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

**4º quirodáctilo esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

**5º quirodáctilo esquerdo**

% 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

VIII. \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.

Bruno Bezerra Brilhante - CRM: 6492 - PB



# 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: 18/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.868,75

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

CLIENTE: JOSE OLIVEIRA DANTAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000444737-4

---

Nr. da Autenticação 55587E4324596025



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/05/2020 15:30:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051215301989700000029381913>  
Número do documento: 20051215301989700000029381913

Num. 30592170 - Pág. 1