



Número: **0802070-48.2019.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **24/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALMIR DE CALDAS LEMOS (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30588642	12/05/2020 14:37	<a href="#">Contestação</a>	Contestação
30588644	12/05/2020 14:37	<a href="#">2718562_CONTESTACAO_Anexo_04</a>	Outros Documentos
30588646	12/05/2020 14:37	<a href="#">2718562_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Outros Documentos
30588647	12/05/2020 14:37	<a href="#">2718562_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 07 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190482118**

**Vítima: VALMIR DE CALDAS LEMOS**

**Data do Acidente: 10/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VALMIR DE CALDAS LEMOS**

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **VALMIR DE CALDAS LEMOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000002176-8**

Conta: **000010030145-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/05/2020 14:37:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051214373713100000029378674>

Número do documento: 20051214373713100000029378674

Num. 30588644 - Pág. 1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190482118 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALMIR DE CALDAS LEMOS **Data do acidente:** 10/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE.  
P2

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	02/09/2019
------------------------	------------

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

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

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

CLIENTE: VALMIR DE CALDAS LEMOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02176-8

CONTA: 000010030145-2

---

---

Nr. da Autenticação 1031901CFBC8A198

