



Número: **0808149-72.2019.8.15.0751**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Bayeux**

Última distribuição : **19/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 675,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IGOR FELIPE DE LIMA SOARES (AUTOR)	JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
52070 256	01/12/2021 11:17	<u>Petição</u>	Petição
52070 259	01/12/2021 11:17	<u>2725502_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
52070 260	01/12/2021 11:17	<u>2725502_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_02</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2021 11:17:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21120111172699200000049359090>
Número do documento: 21120111172699200000049359090

Num. 52070256 - Pág. 1

ITAU UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07730

CONTA: 000000048224-2

Autenticação:

C74AACB3A291D6D860B820028BE882BAD5C2E500CB30741F3CBFC21CB5F79C8B



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2021 11:17:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21120111172745100000049359093>
Número do documento: 21120111172745100000049359093

Num. 52070259 - 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, 10 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200422446 Vítima: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

Data do Acidente: 12/09/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

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\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%
Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =

R\$ 7.087,50

Recebedor: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 341

Agência: 000007730

Conta: 0000048224-2

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, retorno 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



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME:	Igor Felipe de Lima Soares	ENFERMARIA/LEITO:	18/166
IDADE:	22	SEXO:	Mas
DATA DE ADMISSÃO:	12/09/2020	CLÍNICA:	ORTOPEDIA
		DATA DE ALTA:	05/10/2020
		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	23 DIAS

DIAGNÓSTICO INICIAL:	Fratura exposta de tornozelo esquerdo	CID:	582
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:	O MESMO		
OUTROS DIAGNÓSTICOS:			
PRINCIPAIS EXAMES:	RADIOGRAFIA		
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:			
ANATOMIA PATOLÓGICA:	INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA:			
CONDIÇÕES DE ALTA:	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO		
RESUMO CLÍNICO:	Paciente apresentando fratura exposta grave de tornozelo esquerdo, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico onde não foi possível preservar a viabilidade do osso, sendo posteriormente submetido a amputação de perna esquerda a nível transtibial. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações. Retornará ao ambulatório deste serviço.		

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOSO: Relativo em casa por 15 DIAS

Retorno às atividades sem esforço físico em: 30 DIAS

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 DIAS e com esforço maior em 90 DIAS.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a ferida com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar.

Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Antibiótico, Anti-inflamatório e Analgésico

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 DIAS. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão.	Médico: Dr Temistocles
---	----------------------------------

05/10/2020 Data	Assinatura do Médico David Pierre Lucena Matias Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 13263
--------------------	---

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

MUNICIPIO DE JOAO PESSOA
CLINICO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DIARTE SVN
CNPJ: 05.344.104-0001-01 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
CNPJ:

Numero NFE: 044724 Data: 12/09/2020
Hora: 16:27:41 Repcionista: MAIZE DE FATIMA GOMES BEZ
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES Num. de vezes atendido: 5
Nome Social: NAO INFORMADO Num. Prontuario: 2019.03.001967

CPF:

CNS: 201175489570008 Sexo: M IDENTIDADE: 4415192 Fone: 32530629

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/08/1998 Id: 22 ano(s)

Rua: RUA PLACIDO OLIVEIRA LIMA,814

Colaboro: IMACULADA Cidade: BAYEUX UF :PB

Mae: ALEXSANDRA DE LIMA ROMAO Pai: ROGERIO DA SILVA SOARES

Esposa: PRARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MONTADOR DE MOVEIS

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:

Rel.: A TIA ALEANDRA PATRICIO DE LIMA

Te/Doc. Responsavel: 988294746 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: CORPO DE BOMBEIROS

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PAT: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PL: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Cl: Abd: C2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

eixa Principal

APLISAO CARRO MOTO, TRAVIDO PELO SAMU

Pacient Fim, desse correu m
a uma hora. Fuga trauma aberto
am feridas nega TCE. Cheg
co ser 180 de degraus bumbo (inform
ponto capeta, sct)

Historia - Exame Fisico - hora do atendimento medico

Diagnóstico

Prescrição

SAB/SC.

Orto: Fixoplastia do pé.

Sal da: C.G. Peleiro
com amarras



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

- () Residência () Transferido () Desistência () U.T.I
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O () I.M.L

~~Assinatura do Paciente / Responsável~~

Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Círculo do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 12/19/2020

Nome: Igor Felipe de Lucco
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
scolaridade: _____ Data de Nascimento / /

QPD: _____

HDA: Exposto que dia
veeolox. pruvado
recente coceira aerea
cj. Solicitado av. C.6 gás
ficajuso ca - Setub.

Dr. Pedro Thiag
Traumato-Ortopedia / Cir. da M.
CRM-9302

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudoresse []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Igor Filipe Soares</i>				Registro:	
Idade: <i>12/9/2021</i>	Sexo: <i></i>	Cor: <i></i>	Clinica: <i></i>	EMP: <i></i>	LR: <i></i>
Data: <i>12/9/2021</i>		Cirurgião: <i>D. Pedro Thiago</i>		1º Assistente: <i></i>	
2º Assistente: <i></i>		3º Assistente: <i></i>		Instrumentador: <i></i>	
Anestesista: <i></i>		Tipo Anestesia: <i></i>		Horário: I: <i></i>	T: <i></i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>Fx exposto na Z</i> (O)					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
<i>O cecus</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					
<i>lc + desidrocolect.</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não	Descreva:		
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3(.) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- DDH sob acetosse

Incisão: Fust coxíplexo de cecof cocof
e tóles.

Achados:

Conduta:

LC exoesctivo com SFGY. ev

Fechamento:

OBS:

Dr. Pedro Thiago
Traumato-Ortopedia / Cir. da M.
CRM - 9302

MÉDICO/CRM

Data: 12/9/2020

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Nome: IGOR FELIPE DE LIMA				Registro:
Idade 22 A	Sexo: Mas	Cor:	Clinica: Traumatologia	EMP: _____ LR: _____
Data: 21/09/2020		Cirurgião: DR EVERTON		
1º Assistente: DR GIACOMO		2º Assistente:		
Anestesista:		Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>INFECÇÃO TNZ D e pí</i>				<i>S82.5</i>
<i>Gengivite pí e TNZ</i>				
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO
<i>LIMPEZA MECÂNICO CIRURGICA</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não				
Descreva:				
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa – PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Realizado garroteamento de membro inferior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Visualização DE INFECÇÃO EM TNZ D COM PRESENÇA DE TECIDO NECROSADO E GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTA COM ODOR FÉTIDO

Conduta:

LIMPEZA COM SF 0,9% EM ABUNDÂNCIA + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

CRUENTIZAÇÃO DE BORDAS DO FERIMENTO ATÉ O MESMO ENCONTRAR-SE SANGRANTE

LIMPEZA + CURATICO

Fechamento:

OBS: Paciente com grau e econetimamente alto
risco com grande área de necrose e purulência, indicação de revascularização mas
previsione 2^º a 4^º hora para procedimento.
Empreender.

Data: 21.09.20

Dr. Everson Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6616
CREMEPE 22251
TELEFONE 325916

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PE



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Djan Ferreira B. Registro:				
Idade: 25/09/2000	Sexo: F	Cor: P	Clinica: Nossa Senhora da Conceição	EMP:
Data: 25/09/2000	Cirurgião: Nossa Senhora		1º Assistente:	LR:
2º Assistente:	3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO nenhum R (C)				CID
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO O nenhuma				CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) Desconhecido L (C)				CÓDIGO
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (✓) Não				Descrição: _____ Data: 06/10/2000 Assinatura: _____
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (✓) Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (✓) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	It was A2H 103 s-sion preparation for laparoscopy
Incisão:	incision
Achados:	Neurosis of R. (C)
Conduta:	Resection of neurosis + fistula closure
Fechamento:	
OBS:	Pt com Neurosis grade 2E R. (C) com fistula de ampolas.

Data: 24/09/2020

MÉDICO CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	<i>José Felipe Soares</i>			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:	
Data:	Cirurgião:	<i>Sergio Samburi</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:		
Anestesista:	<i>Alcides</i>	Tipo Anestesia:	<i>Rogers</i>	Horário:	I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

- ① Segundo do pulso exposto no
lateral do pe (E)
- ② Extensa necrose de face plana
do pe (E)
- ③ Período distal leito.

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Desbridamento

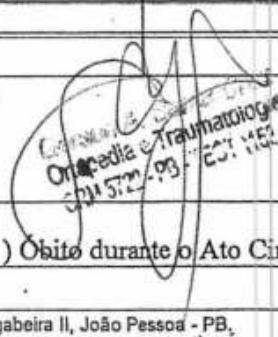
Limpeza cirúrgica

*Enxocamento na cultura e
antibiograma*

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
 2 () Não

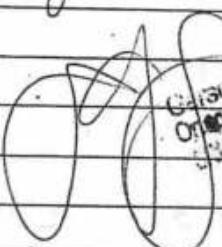
Biópsia de Congelação: 1 () Sim
 2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB,



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	① Reiente em DDT sob anestesia generalizada + sedação ② Antissepsia + asepsia + posicionamento de campos esteril
Incisão:	③ Realizamos amplo desbravamento de tecidos necróticos e tendões plantares inervados.
Achados:	④ Limpeza cirúrgica extensa ⑤ Coletos de SWPB para cultura ⑥ Cervelito especial
Coaduta:	OBS: Operado distalmente com alto fluxo de isquemias e anoxia
	OBS: ② Recomendamos prosseguir para oximetrose à pressão arterial na sequência
Fechamento:	 Dr. Suelio A. G. Moreira Torres Ortopedista e Traumatologista
OBS:	

Data: ____ / ____ / ____

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarta, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Igor Felipe da Serra				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: 03/10/2020 - Túntalo Filho	1º Assistente:			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Rx reportar em tomografo (C)					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
9 mms					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
Tto angiolo da l ^v exerto de Trx					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (x) Não	Descreva: Trombo de A. R. Filho QTO. 100% EXTRAVASOLISTICA CICLO 07910 / TEOR: 1577 / INR: 2,95		
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (x) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

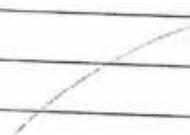


DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pt em DPH sob anest
Assumo + antiassuo
Aparato de coagulação

Incisão:



Achados:

Revestimento do pôntio molde da pí (R)
com infecção grave e osteoneclise.
Numerosos de pôntio da pí (R), com
grande proliferação de hiperplasia

Conduta:

Verbalmente meus amigos
meu marido e/ SFP, g. I

Fechamento: Sutura por planos, dupla, nódulo foi introduzido
outro com agge verticalizada

OBS: Foi introduzida um protético, mas não havia
nenhum responsável presente para assinar o TCE

Data: 03/10/2020

Técnico(a) de Enfermagem: R. FILHO
COTIGENAL - ENFERMAGEM CLÍNICA
COTIGENAL - ENFERMAGEM CLÍNICA
MÉDICO CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Igor felipe de Lima			Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:		
Data:	04/10/2020	Cirurgião:	T.EM. STOCCO	1º Assistente:			
2º Assistente:	Huan	3º Assistente:		Instrumentador:			
Anestesista:	Pessi	Tipo Anestesia:		Horário:	I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID			
Infeccão crônica da R. E Tonsileto (E) com Neurite crônica da orelha No meato acústico externo (E)							
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID			
O mesmo							
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO			
Ressecção de MIE (E) A riva profunda							
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (X) Não	Descreva:				
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		1 (X) Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB,



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Pct em DPH sob Anestesia Antissepsia + campos cirúrgicos
Incisão:	E - Phil P / Apêndice de ME(E)
Achados:	VDP diagnóstico.
Conduta:	- Pct em Posicão - Técnic - Aproximação do ME à mucosa Transfusão. - Sutura da Wound Apor Ligatus OU Valsalva. - Curativos.
Fechamento:	Momento E vicin.
OBS:	Sem ligaduras.

Data: 04/10/2020

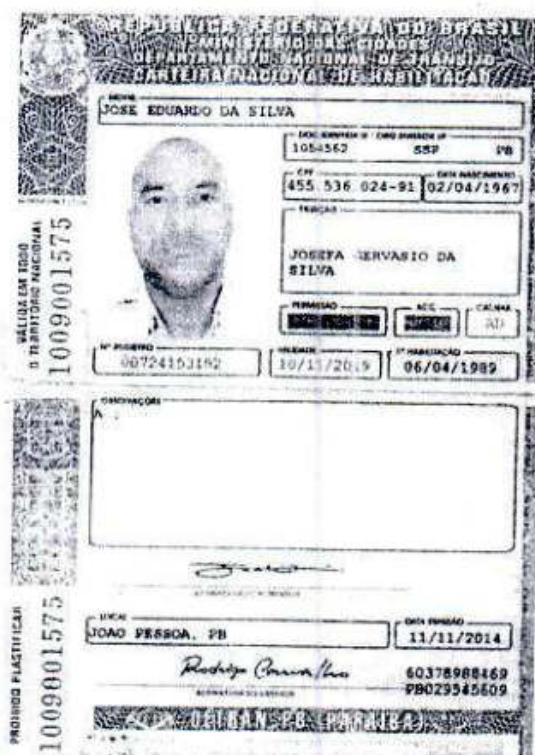

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangaíra II, João Pessoa - PB.



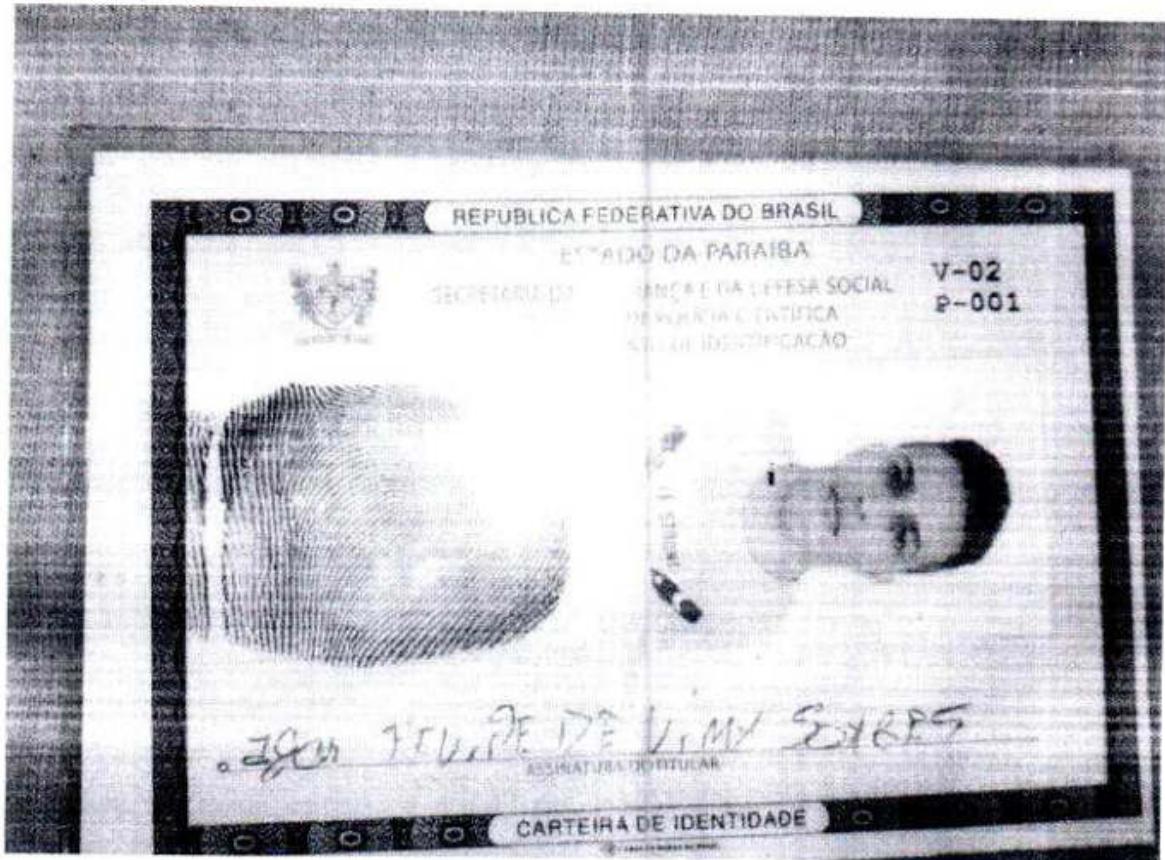
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2021 11:17:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21120111172745100000049359093>
 Número do documento: 21120111172745100000049359093

Num. 52070259 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2021 11:17:27
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21120111172745100000049359093
Número do documento: 21120111172745100000049359093

Num. 52070259 - Pág. 19



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2021 11:17:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21120111172745100000049359093>
Número do documento: 21120111172745100000049359093

Num. 52070259 - Pág. 20



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200422446 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES **Data do acidente:** 12/09/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÁLUS E MALÉOLO MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO (EVOLUIU COM OSTEOMIELITE/AMPUTAÇÃO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO). ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO PARCIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 5/7/9/11/13/15_CIRURGIA.

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		Total	52,5 %	R\$ 7.087,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200422446 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES **Data do acidente:** 12/09/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÁLUS E MALÉOLO MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO (EVOLUIU COM OSTEOMIELITE/NECROSE).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO). ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO PARCIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 5/7/9/11/13/15_CIRURGIA.

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		Total	52,5 %	R\$ 7.087,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0335747/20

Vítima: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

CPF: 709.057.664-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/09/2020

Titular do CPF: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

IGOR FELIPE DE LIMA SOARES : 709.057.664-74

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.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/11/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/11/2020
Nome: JOSIVAN GOMES DA SILVA
CPF: 117.281.804-57

JOSE EDUARDO DA SILVA

JOSIVAN GOMES DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0335747/20

Número do Sinistro: 3200422446

Vítima: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

CPF: 709.057.664-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/09/2020

Titular do CPF: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/12/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2021 11:17:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21120111172745100000049359093>
Número do documento: 21120111172745100000049359093

Num. 52070259 - Pág. 25



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 709.057.664-74 4 - Nome completo da vítima: Josen Felipe de Lima Soares

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> Josen Felipe de Lima Soares	6 - CPF: <input type="text"/> 709.057.664-74		
7 - Profissão: <input type="text"/> Recuse	8 - Endereço: <input type="text"/> Rua Prof. Serrano Rodrigues	9 - Número: <input type="text"/> 1114	10 - Complemento: <input type="text"/> -
11 - Bairro: <input type="text"/> Popular	12 - Cidade: <input type="text"/> Santa Rita	13 - Estado: <input type="text"/> PB	14 - CEP: <input type="text"/> 58301-000
15 - E-mail: <input type="text"/>	16 - Tel.(DDD): <input type="text"/>		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA: CONTA: (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não Sim Não 31 - Vítima Sim Não teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Sim Não Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 Iniciativa da Seguradora Líder para beneficiário beneficiário voluntário

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa 24/11/2020

José FELIPE DE LIMA SOARES

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Reresentante Legal (se houver)

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07085.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07085.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:12 horas do dia 11 de novembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Igor Felipe de Lima Soares**, CPF nº 709.057.664-74, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Alessandra de Lima Romão e Rogerio da Silva Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/08/1998 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Plácido Oliveira Lima, Nº 814, bairro Imaculada, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 99885-0027.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia BR 230, Br 230, Bayeux/PB, bairro Manguinhos; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/09/20 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 12/09/2020, POR VOLTA DAS 15:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2012, PLACA OEW6186/PB, CHASSI 9C2JC4110CR516690, REGISTRADA EM NOME DE RICARDO BERNARDINO GOMES, NA RODOVIA BR 230, MANGUINHOS, BAYEUX/PB, QUANDO O FREIO DE SUA MOTOCICLETA QUEBROU E ESTE NOTIFICANTE ACABOU POR COLIDIR NA TRASEIRA DE UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, QUE DEPOIS DE ALGUNS DIAS TEVE AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE UM DOS MEMBROS, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. DAVID LUCENA MATIAS.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de novembro de 2020.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

IGOR FELIPE DE LIMA SOARES
Noticiante

Procedimento Policial: 07085.01.2020.1.00.401





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO 2^a VARA MISTA DA COMARCA DE BAYEUX/PB

Processo n.^o 08081497220198150751

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **IGOR FELIPE DE LIMA SOARES**, em trâmite perante este Douto 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.

Houve pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais).

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: 22/10/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

BANCO: 104
AGÊNCIA: 01911
CONTA: 000000035757-7

Nr. da Autenticação 1A79DB1CF187BFD3

Foi nomeado perito e as partes intimadas à apresentar quesitos, tendo sido produzido o laudo acostado.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2021 11:17:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21120111172868800000049359094>
Número do documento: 21120111172868800000049359094

Num. 52070260 - Pág. 1

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

Contudo, a Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Isso se deve ao fato de que o laudo aponta amputação de parte do membro inferior o que não foi comprovado nos autos.

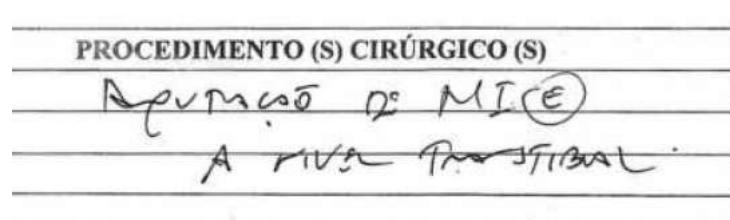
b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Resp.: Periciando apresenta amputação no membro inferior esquerdo ao nível do 1/3 proximal da tíbia esquerda.

Ora, não é suficiente que o autor apresenta apenas na perícia, documentos que não constam nos autos, pois os mesmos não são provas constituídas.

Além disso, cumpre observar que a vítima sofreu acidente diverso ocorrido em 12/09/2020, e em razão deste sim teve amputação do membro, ficando claro que o autor busca enriquecer ilicitamente aduzindo que a amputação se deu em razão do acidente anterior, para assim receber duas vezes pela mesma invalidez.

Cumpre trazer aos autos, o processo administrativo a ele relativo, nem como destaque que comprova a amputação em razão do segundo sinistro:



Toda a documentação relativa ao acidente discutido nestes autos é clara ao informar apenas fratura de pé, sem qualquer menção a possível amputação do membro.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

Requer, ainda, a juntada dos inclusos documentos relativos ao sinistro ocorrido em 12/09/2020, que não havia como ser feito antes, já que a indenização se deu após a propositura da presente ação.



DA INDENIZAÇÃO JÁ RECEBIDA EM RAZÃO DE SINISTRO DIVERSO

Deve-se sopesar, ainda, o fato de a parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória relativa ao seguro DPVAT, cujo processo administrativo foi regulado sob o nº. **3200422446**, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 12/09/2020.

Frisa-se, que a parte autora recebeu indenização relativa ao Seguro Obrigatório DPVAT, após ter sido apurada em perícia administrativa, invalidez relativa a amputação do membro inferior.

Constata-se, assim, no caso de eventual laudo produzido nestes autos venha a apresentar lesão idêntica, será o caso de se reconhecer tratar-se de lesão preexistente, já indenizada, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a indenização já paga deverá ser considerado para fins de abatimento em caso de eventual condenação nestes autos, devendo ser julgados improcedentes os pedidos.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BAYEUX, 29 de novembro de 2021.

**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 - 01/12/2021 11:17:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21120111172868800000049359094>
Número do documento: 21120111172868800000049359094

Num. 52070260 - Pág. 3