



01/09/2020

Número: **0809548-66.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                          |                    | Procurador/Terceiro vinculado   |                   |
|---------------------------------|--------------------|---|-------------------|
| JOAO RODRIGUES DA SILVA (AUTOR) |                    | GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)<br>ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) |                   |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU)      |                    |   |                   |
| Documentos                      |                    |   |                   |
| Id.                             | Data da Assinatura | Documento   | Tipo              |
| 33828958                        | 01/09/2020 10:31   | <a href="#">Contestação</a>   | Contestação       |
| 33828990                        | 01/09/2020 10:31   | <a href="#">2747652_CONTESTACAO_Anexo_03</a>  | Outros Documentos |
| 33828993                        | 01/09/2020 10:31   | <a href="#">2747652_CONTESTACAO_Anexo_02</a>  | Outros Documentos |

EM ANEXO



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190523646 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 05/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 17/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %   | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total   |  |  | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |



# 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: | 20/09/2019 |
|------------------------|------------|

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

|              |          |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 2.362,50 |
|--------------|----------|

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

CLIENTE: JOAO RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000022514-5

---

---

Nr. da Autenticação 3427554145568BED

