



28/09/2020

Número: **0828019-10.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/04/2020**

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
<b>CAIO GLAUBER DA SILVA SANTOS (AUTOR)</b>	<b>Hallison Gondim de Oliveira Nóbrega (ADVOGADO)</b>
<b>MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34801 635	28/09/2020 10:01	<a href="#"><u>Contestação</u></a>	Contestação
34801 953	28/09/2020 10:01	<a href="#"><u>2753597_CONTESTACAO_Anexo_04</u></a>	Outros Documentos
34801 955	28/09/2020 10:01	<a href="#"><u>2753597_CONTESTACAO_Anexo_03</u></a>	Outros Documentos
34801 957	28/09/2020 10:01	<a href="#"><u>2753597_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 10:01:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092810011279800000033268731>  
Número do documento: 20092810011279800000033268731

Num. 34801635 - Pág. 1

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Caio Glauber da Silva Santos,

RG nº 3066573, data de expedição 02/02/2009 Órgão Detran PB

CPF nº 085 417 734 - 50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro	<u>Rua da Exportação</u>
(Rua/Avenida/Praça)	
Número	<u>84</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Casa Industrial</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58083 140</u>
Telefone	<u>3566 4012 / 3566 4013</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 11/05/2015

Assinatura do Declarante: \* Caio Glauber da Silva Santos





**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): **CAIO GLAUBER DA SILVA SANTOS** Sinistro: **3150777958** Data: **03/05/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua da Exportação, 84, Casa - Indústrias - João Pessoa - PB - CEP 58083-140**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **3066573**

Data local do exame: [ **21/12/2015** ] **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) **TRAUMA DE FACE COM FERIDA CORTO CONTUSA EM LÁBIO INFERIOR (REFERE FRATURA NASAL NÃO REGISTRADA NOS DOCUMENTOS MÉDICOS "SEM FRATURAS NO ARCABOUÇO FACIAL"). VÍTIMA REFERE SINUSITE DE REPETIÇÃO.**

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.  
**SUBMETIDO A SUTURA DO FERIMENTO, AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA E ALTA MÉDICA**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [    ] Sim [ **X** ] 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.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe 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

( **X** ) "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):

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% de 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.



André Lopes Soares - CRM: 6144 - PB



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150777958      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CAIO GLAUBER DA SILVA SANTOS      **Data do acidente:** 03/05/2015      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE COM FERIDA CORTO CONTUSA EM LÁBIO INFERIOR (REFERE FRATURA NASAL NÃO REGISTRADA NOS DOCUMENTOS MÉDICOS "SEM FRATURAS NO ARCABOUÇO FACIAL")

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA REFERE SINUSITE DE REPETIÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A SUTURA DO FERIMENTO, AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA E ALTA MÉDICA

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 21/12/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** André Lopes Soares

**CRM do médico:** 6144

**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
				Total
				0 %
				R\$ 0,00

### PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** LUCIA ANTUNES CHAGAS

**CRM do médico:** 52.95117-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

