



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
CAIO GLAUBER DA SILVA SANTOS (AUTOR)			Hallison Gondim de Oliveira Nóbrega (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34801635	28/09/2020 10:01	Contestação	Contestação
34801953	28/09/2020 10:01	2753597_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros Documentos
34801955	28/09/2020 10:01	2753597_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
34801957	28/09/2020 10:01	2753597_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Caio Glauco 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:

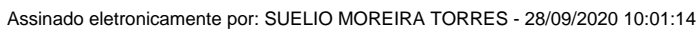
Logradouro	
(Rua/Avenida/Praca)	<u>Rua da Exportação</u>
Número	<u>84</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Cama Industrial</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58083-140</u>
Telefone	<u>3566 4012 / 3566 4013</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.


Local e Data: João Pessoa, 11/05/2015

Assinatura do Declarante: Caio Glauco da Silva Santos





Parcelamento de fatura: você parcelou para 12 meses, mas o valor da fatura em parcelas fixas acabou ficando maior. A cada parcelado você se compromete a pagar 6,90% de juros por mês, o Santander não aceita mais parcelamento de fatura, a cada parcela você paga o valor corrente do valor mínimo.

 **Santander**

cartões@santander.com.br

**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 opções 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):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% do 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:

Lucia Antunes Chagas

