



Número: **0800405-10.2020.8.15.0551**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Remígio**

Última distribuição : **30/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA (AUTOR)	INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48366 864	10/09/2021 11:07	<u>Petição</u>	Petição
48366 866	10/09/2021 11:07	<u>2769565_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
48366 869	10/09/2021 11:07	<u>2769565_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091011072007800000045912914>
Número do documento: 21091011072007800000045912914

Num. 48366864 - 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, 19 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200180408 **Vítima: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 19/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01417/01418 - carta_01 - INVALIDEZ



00010709

Carta nº 15786748



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091011072066700000045912916>
Número do documento: 21091011072066700000045912916

Num. 48366866 - 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, 19 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200180408 **Vítima: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 19/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. 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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01377/01378 - carta_02 - INVALIDEZ



00040689

Carta nº 13791096



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091011072066700000045912916>
Número do documento: 21091011072066700000045912916

Num. 48366866 - Pág. 2

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, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200180408 **Vítima: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 19/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =

R\$ 1.350,00

Recebedor: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000001100

Conta: 0000037206-2

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, 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: **0340867-20** 3 - CPF da vítima: **050 015 294 25** 4 - Nome completo da vítima: **Acero Lívio de Oliveira**

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

5 - Nome completo: **Acero Lívio de Oliveira** 6 - CPF: **050 015 294 25**
 7 - Profissão: **Operador** 8 - Endereço: **Rua 2921 F. 01 Madureira** 9 - Número: **172** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **Madureira** 12 - Cidade: **Brasília** 13 - Estado: **DF** 14 - CEP: **38348-000**
 15 - E-mail: **8333341289** 16 - Tel.(DDD):

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"/> RECUZO 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)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 1100 CONTA: 00037206 2	(Informar 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):

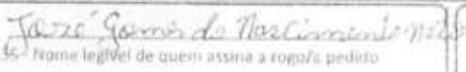
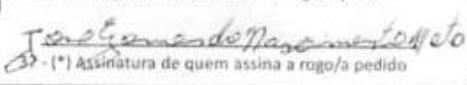
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (valencor)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não						<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 090 669 764-62	38 - 1º Nome: Maria Lívio de Oliveira CPF: 051 980 844-91 Cicera Lívio de Oliveira Assinatura da testemunha
	39 - 2º Nome: Maria da Penha Gomes de Norcimento CPF: 039 282 734-54 Maria da Penha Gomes de Norcimento Assinatura da testemunha
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, Campos Sul - PR 18/05/2020.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: **0340867-20** 3 - CPF da vítima: **050 015 294 25** 4 - Nome completo da vítima: **Acero Lívio de Oliveira**

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

5 - Nome completo: **Acero Lívio de Oliveira** 6 - CPF: **050 015 294 25**
 7 - Profissão: **Operador** 8 - Endereço: **Rua 2921 F. 01 Madureira** 9 - Número: **172** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **Madureira** 12 - Cidade: **Brasília** 13 - Estado: **DF** 14 - CEP: **38348-000**
 15 - E-mail: **8333341289** 16 - Tel.(DDD):

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"/> RECUZO 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: **1100** CONTA: **00037206** Dígito: **2**
 (informar o dígito se existe) (informar o dígito se existe)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 discorde 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: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
090 669 764-62
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: Maria Lívio de Oliveira
CPF: 051 980 844-91
Cidade: Brasília

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Maria da Penha Gomes do Nascimento
CPF: 039 282 434-54
Cidade: Brasília

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Campos Sul - PR 18/05/2020.**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200180408 **Cidade:** Remígio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo facial com fratura cominutiva da parede supero lateral da órbita esquerda (com fragmentos para o interior da órbita, comprimindo o globo ocular), fratura do osso nasal à esquerda e irregularidade do arco zigomático direito (por provável fratura prévia). Traumatismo crânio encefálico com hematoma subgaleal. Ferimento contuso em região frontal, zigomática à esquerda e em couro cabeludo. Laceração em hemiface esquerda e em pé esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico, vítima apresentando deformidade com cicatrizes na face lateral e frontal da face, acima da órbita esquerda e pequeno desnívelamento em relação a órbita direita. Pálpebra esquerda com limitação da abertura total. Sem sequelas neurológicas e/ou pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizada inicialmente limpeza dos ferimentos e sutura, sendo optado por tratamento conservador, permanecendo em observação pela equipe de neurocirurgia, oftalmologia e buco-maxilo-facial por 03 dias no Hospital de Trauma de Campina Grande, com quadro clínico evoluindo sem complicações, recebendo alta hospitalar. Refere não ter realizado mais acompanhamento médico.

Sequelas permanentes: Dano crânio facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/05/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00





**SAMU
192**



Devo, devo, devo, devo, devo.

ESTADO DA PARAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SAMU

Rua: Dr. Luiz Bronzeado s/n – Centro, Remígio.

Remígio 19/11/2019

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que, o **SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA** (SAMU), do município supracitado prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA** portador do RG: 2470316 E CPF: 050015294-25, vítima de acidente em via pública, no dia 19/10/2019. O mesmo foi atendido na cidade de Remígio – PB e no momento da chegada da Equipe para prestar o socorro o mesmo encontrava-se no local, logo após realização dos primeiros socorros e orientação da central de regulação o mesmo foi conduzido pela equipe até o hospital de Trauma de Campina Grande.

PREFEITURA M. DE REMÍGIO

Cláudio Oliveira Santos
Coord. de Urgência e Emergência

CLÁUDIO DE OLIVEIRA SANTOS

Coordenador do SAMU – Remígio- PB

COREN – PB: 531.095



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091011072066700000045912916>
Número do documento: 21091011072066700000045912916

Num. 48366866 - Pág. 7

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: 29/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01100

CONTA: 000000037206-2

Nr. da Autenticação 66E0FFCC73CD1BD7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091011072066700000045912916>
Número do documento: 21091011072066700000045912916

Num. 48366866 - Pág. 8

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: N° 042.299.628



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FATIMA DE ARAUJO XAVIER
RUA JOSE F DE MEDEIROS 172
REMIGIO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/498174-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2020	20/04/2020	67	28/04/2020	R\$ 0,00

Acesse: www.energisa.com.br

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/04/2020				
Pagador: MARIA DE FATIMA DE ARAUJO XAVIER CNPJ/CPF: 029.085.244-73 RUA JOSE F DE MEDEIROS 172 - FREITAS - REMIGIO / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 26249120014588120				
Nr Documento 000498174202004	Data Vencimento 28/04/2020	Valor do Documento R\$ 0,00	Valor Pago	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				09.095.183/0001-40



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091011072066700000045912916>
Número do documento: 21091011072066700000045912916

Num. 48366866 - Pág. 9

Atendimento: 201900494950

Idade: 39 anos

Paciente: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Data: 20/10/2019

Médico Solicitante: ALFREDO DANIEL

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Áreas de encefalomalácia/gliose frontal e temporal à direita, por provável trauma antigo. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura cominutiva da parede superolateral da órbita esquerda, com insinuação dos seus fragmentos para o inferior da mesma, comprimindo o globo ocular, associada a volumoso hematoma orbitário.

Fratura do osso nasal esquerdo.

Irregularidade do arco zigomático direito, por provável fratura antiga.

Espesso hematoma subgaleal com focos enfisematosos em permeio na alta convexidade.

Espessamento do revestimento mucoso de alguns dos seios da face.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 20/10/2019 22:59.


Dra. Catarina A.R do Nascimento
CRM: 6278 - PB

HOSPITAL METROPOLITANO DOM JOSÉ PIRES
RUA ROBERTO SANTOS CURREIA, S/N - BAIRRO: VÁRZEA NOVA
SANTA RITA-PB - CEP: 58319-000



BMF # 08:46

Paciente vítima de acidente de moto. Foi ressuscitado, mas apresenta rincão de fratura.

C.D. 1 Alta da DMF

② Act. cuidados da TCR

Jorge Eduardo Alves
Cirurgião Bucosanofacial
CRM-PI 4606



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:21

<http://pjje.tipb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091011072066700000045912916>

Número do documento: 21091011072066700000045912916

lum 48366866 - Pág 12



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

#BME 00:30

Paciente relata ser vítima de acidente de moto. Encontra-se com lesões de entusígio, pernas contusas tóxicas.

EF: Hematoma periorbital L

lorts em região frontal, zípométrico e um colo contundido.

Corte em base nasal.

Auxílio de criptocôrneo em boca contundido em lóbulos, não impede mordida.

CD: Suturas

Solicito RX da face

Procedimento BMT onces RX

Dr. Tasso Assunção Honorato
Cirurgia e Radiologia
Bucal e Facial
CNPJ 1221

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ às _____ : _____ hs.

Centro cirúrgico _____

Alta hospitalar / A revelia

Internação (setor) _____

Decisão Médica

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Óbito

Paciente teve suspeita de lesão

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



19/10/2019



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2019004 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 19/10/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: CICERO LUCIANO DE CEP: Nascimento:31/12/1969

OLIVEIRA 39ANOS (SAMU)

REMIGIO

Endereço:

Idade:02019 Sexo: Telefone:

Cidade: RG: N°:0

Nome da Mãe: CPF: Profissão:

Responsável: Data de Atend:19/10/2019 CNS:

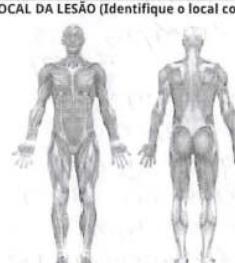
Estado Civil: Atend:19/10/2019 CONVÉNIO:SUS

Hora: 19:59:21

USO FÍSICO SEM DOCUMENTOS DA MOTO

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abraçado | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingratamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Lacerção |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinária |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Faresia |
| 14. F. Cortiço | 32. Paresthesia |
| 15. F. Cortante | 33. Quimadura |
| 16. F.Corto-contuso | 34. Rinorrágia |
| 17. F.Perfur-o-contuso | 35. Sinal de Isquemia |
| 18. F.Perfur-o-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNÓSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Vítima de queda de moto, alcoolizado, sem uso de capacete, apresentando lesões em couro cabeludo e em hemiface () e em pé ().

AO exame, pouco contactante, espástico, com colar cervical.

ALERGIA:

A: Vias aéreas persistentes;

MEDICAMENTOS:

B: Sem alterações no exame do tórax

PATOLOGIAS:

C: Hemodinamicamente instável.

D: Cianótico, alcoolizado

EXAME FÍSICO

E: Encardíctios em MBS e MMJ

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocônicas () Anisocônicas ()

Glasgow PA HGT: SatO2

Abdômen: Plano, desvascular, sem sinais de peritonite.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

Realizada em:

() Tomografia Computadorizada

19/10/19

ULTRASSONOGRAFIA

Realizada em:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR, BMF às 20:30 Dia 19/10/19

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SRL 500ml EV - 7/10/19	
2		
3	Tubotil 20mg UANP EV	
4	Dixomoleno 4mg, UANP EV	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Jairlei Thiago da S. Peixoto
Médico Residente
CRM 19568/PB
Faculdade Univasf PB

RAIO X

REALIZADO EM:

19/10/2019

21/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

#BMF 03:50

→ REAVALIAÇÃO

Paciente jovem, ex-vítima de
acidente motociclistico. Encontra-se
no momento, consciente e orientado,
hipnótico.

EF: Fibrinolíticos administrados em 1000
e curso cobeludo.

Edema óptico em foco.

Hematoma periorbital e conti-
nuável; (OBS: no dia do atendimento
inicial o paciente apresentava: edema
ocular (+), mala-idade visual (+).

Abcesso de criptocôno óptico em foco.

CD: Orientações e prescrição medicamentosa.

Alto de BMF com retorno pendente.

Prescriso: Dexometasona 4mg, EV e Tiotril 20mg, EV. 4-006

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

() Centro cirúrgico

() Alta hospitalar / () Alta hospitalar / () Decisão Médica

() Internação (setor)

SERVICOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

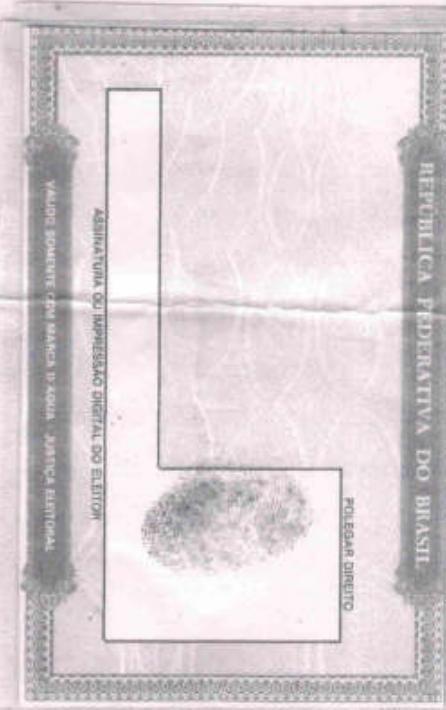
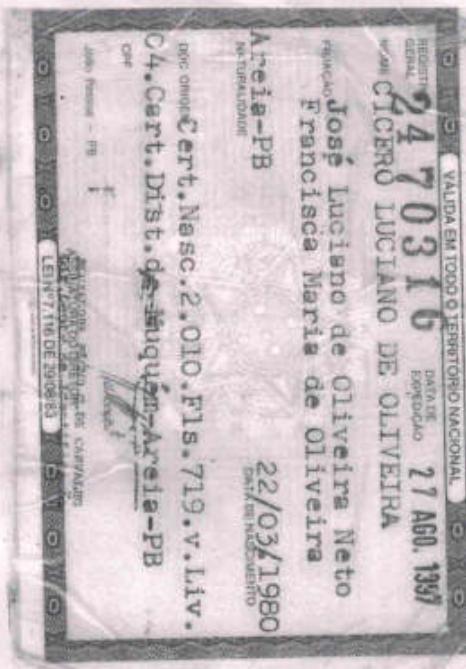
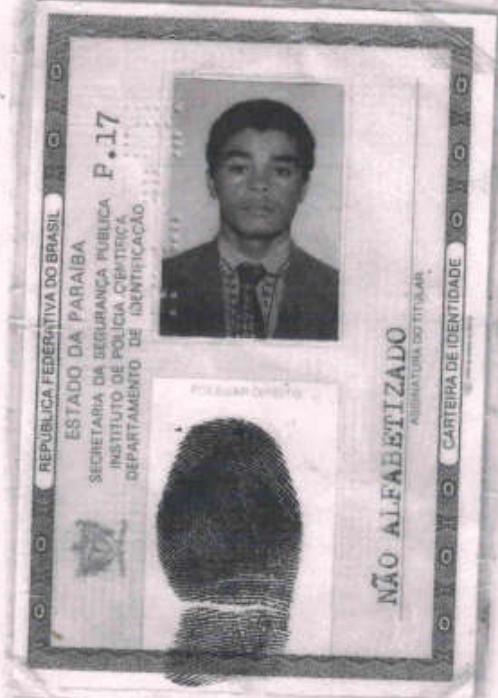
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

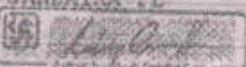
Dr. Tomás Assunção de Oliveira
Cirurgia e Traumatologia
Bucal e Facial
CRM/PB 7227

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

sthtcg/impreurgencia.php?contar=2019004

2/2



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
PRT 20140500005128-6	
1	0083071228-3 00/00000000 2014
RODRIGO SANTOS DE OLIVEIRA	
09175322447 MMX4616/PB	
0	NOVO PB 9C6KE043040035463
PAS/MOTOCICLE/NAO APPLC GASOLINA	
YAMAHA/YBR 125E 2004 2004	
2	P 124 /CI PARTIC PRATA
IPVA	IPVA PAGO EM 30/05/2014
	***** 0
PREMIO TARIFARIO (PTE) PREMIO TOTAL (PT) DATA DE PAGAMENTO ***** SEGURADO PAGO 30/05/2014	
SEM RESERVA DE DOMINIO	
ALGODAO DE JANDAIRA-PB 14311	
	
09/06/2014 31054	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 08.248.900/0001-06 www.seguradolarider.com.br 31054-0827421-20140609	
JUN-2013	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE (UFRD) DA CARGA, APENAS AS TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

PB N° 010730048427 BILHETE DE SEGURO DPVAT

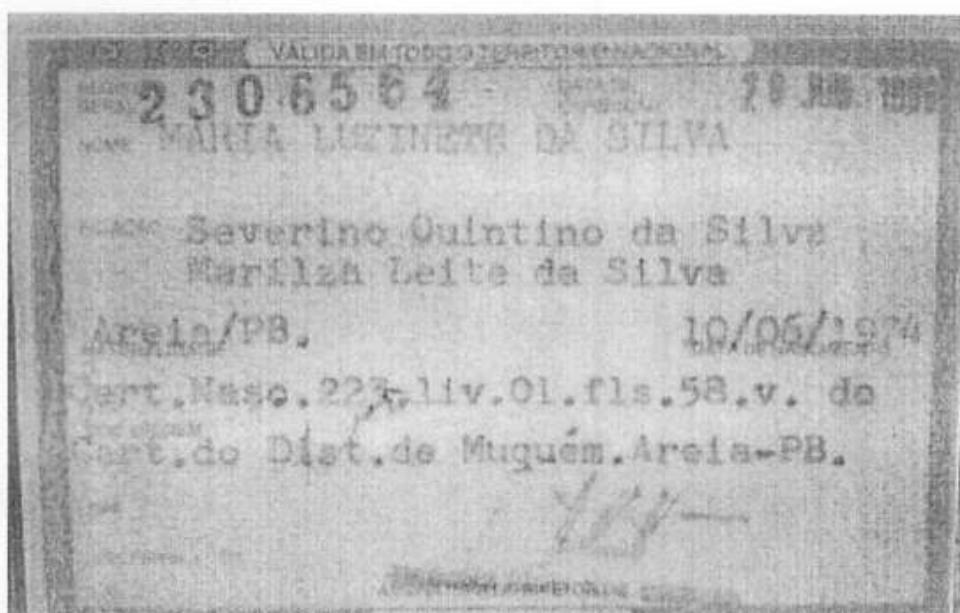
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvtseguradotransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

2014 09/06/2014

1	09175322447	MMX4616/PB
00830712283	YAMAHA/YBR 125E	
2004	9	9C6KE043040035463
PRÉMIO TARIFÁRIO		
*****	DATA PAG. (PT)	CUSTO DO SEGURO (RS)
*****	30/05/2014	*****
CUSTO DO BILHETE (RS)	VLR. (PT)	CUSTO TOTAL (RS)
*****	SEGURADO	PAGO
<input type="checkbox"/> SÓTA UNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PAGADO
DATA DE PAGAMENTO: 30/05/2014		



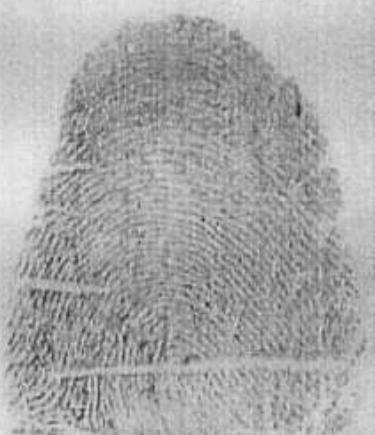




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA D.I.P. 17

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



João Batista de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.582.461

DATA DE
EXPEDIÇÃO

11/09/2007

GERAL

JOSÉ GOMES DO NASCIMENTO NETO

NOME

EDSON GOMES DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO

PALMIRA NUNES DO NASCIMENTO

NATURALIDADE

ESPERANCA-PB

DATA DE NASCIMENTO

05/07/1989

NASC.N.610 FLS.189 LIV.A01

DOC ORIGEM

CARTORIO AREIA/PB

CPF

João Pessoa - PB

MARIA DO SOCORRO DE VA ASSINATURA DO DIRETOR

ENLÉI N.º 116 DE 29/08/83



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091011072066700000045912916>

Número do documento: 21091011072066700000045912916

Num. 48366866 - Pág. 22



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

090.669.764-62

Nome

JOSE GOMES DO NASCIMENTO NETO

Nascimento

05/07/1989



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091011072066700000045912916>
Número do documento: 21091011072066700000045912916

Num. 48366866 - Pág. 23

BOLETO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est. 16.015.323-0

Documento para pagamento de contas.
Documento para pagamento de contas.
Documento para pagamento de contas.

Nº 042.299.628

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE FATIMA DE ARAUJO XAVIER
RUA JOSE F DE MEDEIROS 172
REMIGIO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/498174-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PÁGAR
ABR/2020	20/04/2020	67	28/04/2020	R\$ 0,00

Acesse: www.energis.com.br

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/04/2020				
Pagador: MARIA DE FATIMA DE ARAUJO XAVIER CNPJ/CPF: 029.085.244-73 RUA JOSE F DE MEDEIROS 172 - FREITAS - REMIGIO / PB - CEP 00000-000				
Nossa-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120014588120	000498174202004	28/04/2020	R\$ 0,00	09.095.183/0001-40
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0140867/20

Vítima: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

CPF: 050.015.294-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA : 050.015.294-25

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: 18/05/2020
Nome: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA
CPF: 050.015.294-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/05/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091011072066700000045912916>
Número do documento: 21091011072066700000045912916

Num. 48366866 - Pág. 25

**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.

Número do Sinistro: **3200180408**

Nome do(a) Examinado(a): **CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOSE F DE MEDEIROS, 172 - Remígio - PB - CEP 58398-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **2470316**

Data e local do acidente: [**19/10/2019**] **sítio capim de cheiro - BR sentido Areia**

Data e local do exame: [**25/05/2020**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Traumatismo facial com fratura cominutiva da parede supero lateral da órbita esquerda (com fragmentos para o interior da órbita, comprimindo o globo ocular), fratura do osso nasal à esquerda e irregularidade do arco zigomático direito (por provável fratura prévia). Traumatismo crânio encefálico com hematoma subgaleal. Ferimento corto-contuso em região frontal, zigomática à esquerda e em couro cabeludo. Laceração em hemiface esquerda e em pé esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico, vítima apresentando deformidade com cicatrizes na face lateral e frontal da face, acima da órbita esquerda e pequeno desnívelamento em relação a órbita direita. Pálpebra esquerda com limitação da abertura total. Sem sequelas neurológicas e/ou pé esquerdo.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizada inicialmente limpeza dos ferimentos e sutura, sendo optado por tratamento conservador, permanecendo em observação pela equipe de neurocirurgia, oftalmologia e buco-maxilo-facial por 03 dias no Hospital de Trauma de Campina Grande, com quadro clínico evoluindo sem complicações, recebendo alta hospitalar. Refere não ter realizado mais acompanhamento médico.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (décifos funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano crânio facial

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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

"Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Estruturas crânio faciais

% 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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Bruno Bezerra Brilhante - CRM: 6492 - PB





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE REMÍGIO/PB

Processo n.º 08004051020208150551

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 **CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Dianete da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

REMÍGIO, 8 de setembro 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.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091011072190500000045912919>
Número do documento: 21091011072190500000045912919

Num. 48366869 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091011072190500000045912919>
Número do documento: 21091011072190500000045912919

Num. 48366869 - Pág. 2