



Número: **0852568-50.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/09/2018**

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	
ANDRE ANASTACIO BEZERRA (AUTOR)		IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36249 268	04/11/2020 16:27	<a href="#">Petição</a>	Petição
36249 276	04/11/2020 16:27	<a href="#">2584444_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
36249 290	04/11/2020 16:27	<a href="#">2584444_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANDRE ANASTACIO BEZERRA**

Nº Sinistro: **3180342874**

Vítima: **ANDRE ANASTACIO BEZERRA**

Data do Acidente: **14/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180342874**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13166369

Pag. 01721/01722 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANDRE ANASTACIO BEZERRA**

Nº Sinistro: **3180342874**  
Vítima: **ANDRE ANASTACIO BEZERRA**  
Data do Acidente: **14/01/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180342874**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **14/01/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0176101762 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13248096



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180342874 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDRE ANASTACIO BEZERRA **Data do acidente:** 14/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 02/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA OMBRO ESQUERDO  
FRATURA CLAVÍCULA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** Vitor Hugo Sousa Morim

**CRM:** 5242355-2

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 008.627.304-30	Nome completo da vítima André Aristóteles Bezerra
---------------------------	---------------------------------	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo André Aristóteles Bezerra		CPF titular da conta 008.627.304-30	Profissão Recruzeiro - se
Endereço Av. Litorânea Sulquiro		Número 562	Complemento
Bairro Tere	Cidade Joo Pessoa	Estado PB	CEP 58040-391
Email ccf.ahm@gmail.com		Telefone (DDD) 83-98849-5530	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 0617		D/V 		CONTA NRO. 37322		D/V 9	
(Informar dígito se existir)				(Informar dígito se existir)			
<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO Nome AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V				(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Joo Pessoa - PB 13 de Julho de 2018  
Local e Data

*André Aristóteles Bezerra*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal









**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01308.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01308.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:21 horas do dia 13 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Andre Anastacio Bezerra**, CPF nº 008.627.304-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motoboy, filho(a) de Maria Daguima Bezerra e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/02/1979 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Caetano Filgueiras, Nº 562, bairro Torre, tendo como ponto de referência Mercado da Torre, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98747-1614.

**Dados do(s) Fatos:**

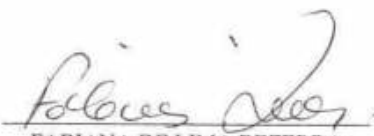
Local: Br 230, Km 18, Perto do Hospital de Trauma, João Pessoa/PB, bairro Tambauzinho; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 14/01/18 08:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

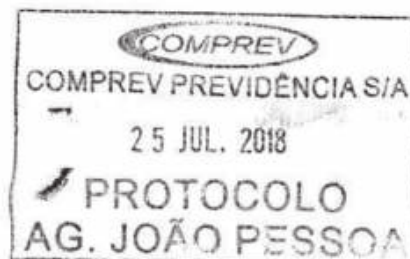
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, PRETA, 2010, PLACA MOG9311/PB, CHASSI 9C2KC1670BR311218, registrada em nome de MARCIO BARBOSA DE LIMA, quando o pneu traseiro estourou vindo o noticiante a perder o controle e cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 25.05.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 13 de julho de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
ANDRE ANASTACIO BEZERRA  
Noticiante



Procedimento Policial: 01308.01.2018.1.00.420





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

André Antônio Bezerra

CPF da Vítima

008.627.304-30

Data do Acidente

14/01/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não signiica prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Bezerra - PB, 13 de Julho de 2018

Local e Data

x André Antônio Bezerra

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

V001/2017





**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

196207

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA DGUIMAR BEZERRA  
AV CAETANO FILGUEIRAS, 562 - TORRE JOAO PESSOA PB  
58040-391

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
001.061.395.0337.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A92S239320	12/05/2004	JARD LAC	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1711	1711	9	29	05/08/2018		
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEIO 20	PORT.	05/2017	MS.
JUN/2018	9	0	PARAMETROS	E.TIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2018	9	0	TURBIDEZ	268	275	275
ABR/2018	9	0	COLORO	268	277	277
MAR/2018	9	0	COL.TERMOT	0	0	0
FEV/2018	9	7	COR	73	88	88
JAN/2018	9	10	COL.TOTAIS	268	277	277
MEDIA(M)	9	DADOS REFERENTES A: MAI/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 06/07/2018		HORA DA IMPRESSÃO: 11:01:58	
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		9 M3	37,91
ESGOTO			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ESGOTO		9 M3	30,33
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 04/2018			1,32
JUROS DE MORA 04/2018			0,42
FATURAS EM ATRASO			
REF 201612 59,00	REF 201801	68,00	
REF 201705 68,02			
REF 201712 68,02			

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 19/07/2018 Total a Pagar: R\$ 69,98



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MEDIA DO HIDROHE TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 31/05/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
196207	JUL/2018	19/07/2018	R\$ 69,98



82630000000 5 69980010001 7 00019620701 3 07201850003 2

COMPROMISSO  
15 JUL 2018  
PROTOCOLADO  
2.10.18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:27:20

<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110416271784200000034610508>

Número do documento: 20110416271784200000034610508

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL6

DATA DE POSTAGEM: 06/12/2017

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NE  
AV COREMAS 172  
CENTRO  
58013-430 JOAO PESSOA PB



7211307021326863401075764530061217

08592910

25 JUL 2013  
PROTOCOL  
1-197-0000





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailson Luiz de Oliveira Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário André Antônio Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.627.304 / 30 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz. da Vítima André Antônio Bezerra, inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.627.304 / 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Avenida Lemos</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>ccf.odas@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98849-5530</u>

João Pessoa - PB 13 de Julho de 2018  
Local e Data

Adailson Luiz de Oliveira Coutinho Neto  
Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marcio Barbosa de Lima,  
 RG nº 3.705.760, data de expedição 18 / 09 / 2008,  
 Órgão 5525-PB, portador do CPF nº 104.562.984-79,  
 com Domicílio na cidade de Cruz do Espírito Santo, no Estado  
 de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sít. Entrecamento,  
 nº 01 complemento, Área Rural, declaro, sob as  
 penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na  
 data do acidente ocorrido com a vítima  
André Anastácio Bezerra, cujo o condutor  
 era André Anastácio Bezerra.

Veículo.....: motocicleta  
 Ano.....: 2010  
 Modelo.....: Konda 166 150 For ESI  
 Placa.....: MOG 9311 - PB  
 Chassi.....: 9C2KC1670BR311218  
 Data do acidente.: 14/01/2018

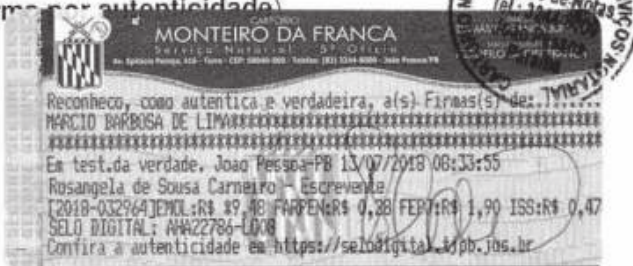
Local e data: João Pessoa - PB, 13 de Julho de 2018.

X MARCIO BARBOSA DE LIMA

Assinatura do Declarante Proprietário  
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X André Anastácio Bezerra

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)  
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ANDRE ANASTACIO BEZERRA
DATA DE NASCIMENTO	10/02/79
NOME DA MÃE	MARIA DAQUINA BEZERRA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.055.484
DATA DO ATENDIMENTO	14/01/18
HORA DO ATENDIMENTO	09:08
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	S42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente, orientado, referindo dor e limitação funcional de ombro esquerdo, nega perda da consciência, abdomen sem queixas,

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax  
RX de ombro direito

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula direita

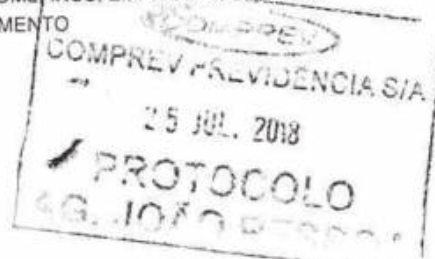
### TRATAMENTO:

Tratamento conservador. Imobilização com tipóia hemi J.

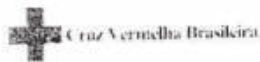
ALTA HOSPITALAR:	14/01/18
DATA DA EMISSÃO:	25/05/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1055484



### Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1251361	ANDRE ANASTACIO BEZERRA	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
10/02/1979	38 anos 11 meses 4 dias	
Mãe	Pai	Religião
MARIA DAGUIMA BEZERRA	NAO DECLARDO	
Escolaridade	Responsável (Parentesco)	
	O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo
83	987942614	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
RG (IDENTIDADE)	2168724	
Local de procedência	UF	
BR 230	PB	
Email	Naturalidade	CBOR
	JOAO PESSOA	

### Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58040390	JOAO PESSOA	PB	CAETANO FILGUEIRAS - ATE 677/678
Numero	Complemento	Barrio	
2614		TORRE	

### Admissão

Data e Hora	Numero da pulseira	Convênio
14/01/2018 09:08:58	1000006079931	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RODOVIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

### Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
SAMU			

### Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X		

### Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

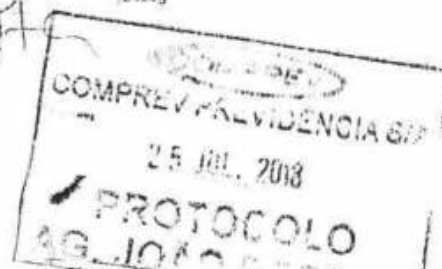
Dados clínicos

Det. vítima acidente de moto de marca E, em movimento, caindo de altura, ag. de RTG.

Diagnóstico

Atendido por  
FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL

Imprimir

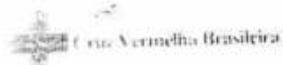


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:27:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110416271784200000034610508>

Número do documento: 20110416271784200000034610508

Num. 36249276 - Pág. 13



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>ANDRE ANASTACIO BEZERRA</b>		BAE <b>1055484</b>	Data/Hora Entrada <b>14/01/2018 09:08:58</b>	Data Baixa
Data do nascimento <b>10/02/1979</b>	Idade <b>38</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 987942614</b>
Mãe <b>MARIA DAGUIMA BEZERRA</b>				Prontuário
Endereço <b>CAETANO FILGUEIRAS - ATÉ 677/678, 2614</b>		Bairro <b>TORRE</b>	Município <b>JOÃO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Profissional <b>FRANCISCO ODILIO DE MELO E DIAS</b>	Nº Cons. Regional <b>5702/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>14/01/2018 09:08:58</b>		Data/Hora Prescrição <b>14/01/2018 09:20:16</b>		
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

**Anamnese**  
VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA REFERINDO DOR E LIMITAÇÃO EM OMBRO ESQUERDO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. ABDOMEN FLÁCIDO INDOLOR A PALPAÇÃO. CONDUTA: ATENDIMENTO INICIAL/ AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

ANDRE ANASTACIO BEZERRA

FRANCISCO ODILIO DE MELO E DIAS  
(CRM: 5702/PB)



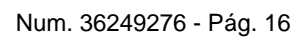
Bolêiro registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 14/01/2018 09:09:22

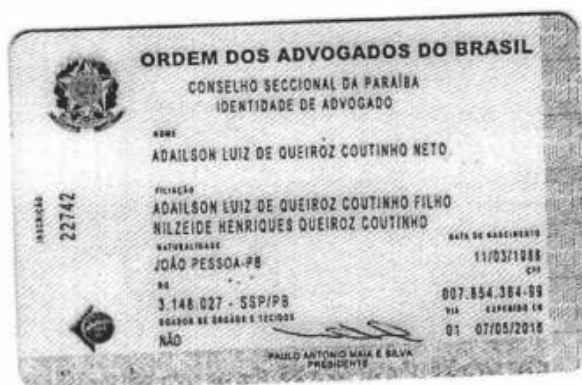






COMPRESA VIDENCIA S/A  
25 JUL. 2018  
PROTOCOLO  
12.106.000.000





**energisa**  
ENERGISA FARMACIUTICI JOOAAZ ENERGISA  
Arlene - Cristobal - João Pessoa - PB - CEP 51071-610  
CNPJ 06396100-000140 - 0800 91 910 0200  
Natafarma Contato: 0800 91 910 0200  
E-mail: natafarma@natafarm.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
* Jun / 2018	21/06/2018	23/07/2018	9584830430 Insc. Est.

### Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Eléctrica - TSEE for criada em 1.1.02  
em 10.4.05, de 26 de abril de 2002

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura		%	JA	
22/05/18	15439	21/06/18	16439				
<b>Demonstrativo</b>							
CO	Descrição	Quantidade	Preço Unit	Valor Base Calc	Alíq. (R%)	Base Calc PsURR	Contrib (R%)
				Impostos For (R%)	CMR (R%)	CMR (R%)	PsURR (R%) (3,0000) (A/100%)
2601	Consumo 365 kWh - 100%	30.000	2.243,33	7.260	1,28	7.260	0,06
2601	Consumo - 31 a 100 kWh - 100%	10.000	2.243,33	22.433	2,28	22.433	0,26
2601	Acc B Amarela		2,21	2,21	28	0,05	0,01
2601	Acc B Vermelha		2,61	2,61	28	0,08	0,02
2612	Suprido		58,58	58,58	01	0,24	0,04
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>							
2607	CONTRIBUIÇÃO LUX PÚBLICA		2,16	0,00	0	0,00	0,00
2604	JUROS DE MOROSIDADE		0,12	0,00	0	0,00	0,00
0808	MULTA 05/2018		-1,16	0,00	0	0,00	0,00
3805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018		0,15	0,00	0	0,00	0,00
0806	Devolução Suprido		-26,86	0,00	0	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação Item	TOTAL	46,23	78,11	76,02	78,11	0,00	0,00
-----------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)	<b>VENCIMENTO</b> 28/06/2018	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 59,83
---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Histórico de Consumo (kWh)

101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115
Jan-17	Feb-17	Mar-17	Apr-17	May-17	Jun-17	Jul-17	Aug-17	Sep-17	Oct-17	Nov-17	Dec-17	Jan-18	Feb-18	Mar-18

da86.fbef.fe44.c65e.c3cd.1846.0f89.0eaf

Indicadores de Qualidade 4(2015) Sept

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DE MÊNES	11,54	7,55	NORMAL
1ª TRIMESTRAL	20,82		
2ª TRIMESTRAL	41,19		
3ª TRIMESTRAL	7,81	2,00	CONTRATA
4ª TRIMESTRAL	16,64		LIMITE INFERIOR
ANUAL	31,28		LIMITE SUPERIOR
PMU	9,49	9,19	
EMR	18,50		

[illegible]

Value of  $\beta$  (0.001 to 0.01)

## ATENÇÃO

• **AVISO:** Permanecendo em atrasos os "DEBITOS ANTERIORES" a reavaliados a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

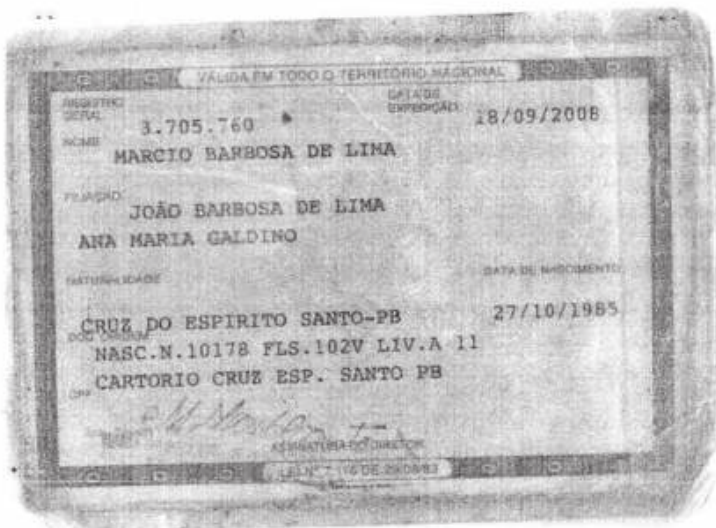
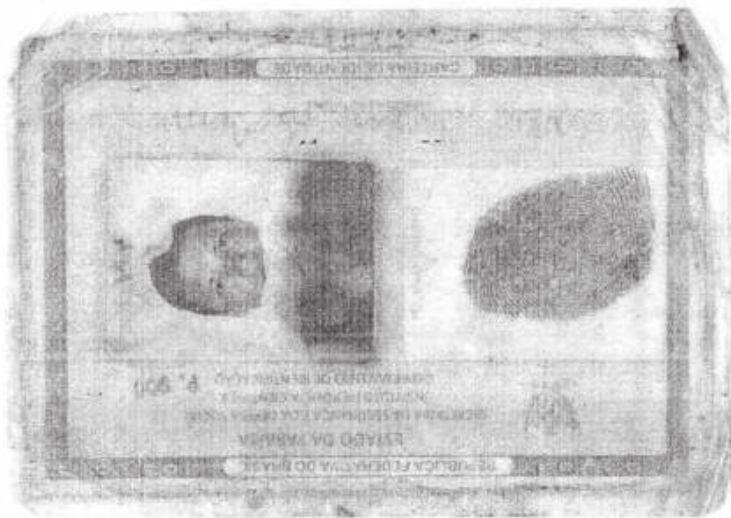
### Faturas em atraso

Jan/16	138,05
Mar/15	293,45
Fev/15	153,18

COMPRESAVIDENCIA CIA  
25 JUL. 2013  
PROTOCOLLO  
AG. 1060







DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Andre Amotacio Bezerra  
 DATA DO ACIDENTE 14/01/2018 CPF DA VÍTIMA 008.627.304-30  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Av. Nilda Cortes Filho  
 Nº 562 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Itaú  
 CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58040-391  
 E-MAIL cc.f.ado@gmail.com TELEFONE (83) 98849-5530  
83 99413-0753

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) \* Soma
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) \* Declaração do Representante da Vítima
- ☒ LAUDO ~~IML~~ (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) \* Documento Representativo do Veículo
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS-TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO PROCURAÇÃO / 50567

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS -

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PE
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL D
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFO TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) E
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO
- ☐ CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS

### DOCUMENTOS COMPLEME

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTA

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - MORTE = R\$ 1.
  - INVALIDEZ PERMANENTE DAS LESÕES E DESPESAS MÉDICAS VARIAS CONFORME
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO APRESENTAR OS DOCUMENTOS BASTANTES SAC DPVAT 0800 022 1204

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTRE

DATA 25/07/18  
 IDENTIDADE 22742 003/PB  
 ASSINATURA Adilson Neto



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180342874 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDRE ANASTACIO BEZERRA **Data do acidente:** 14/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 02/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA OMBRO ESQUERDO  
FRATURA CLAVÍCULA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** Vitor Hugo Sousa Morim

**CRM:** 5242355-2

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180342874 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDRE ANASTACIO BEZERRA **Data do acidente:** 14/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 02/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA OMBRO ESQUERDO  
FRATURA CLAVÍCULA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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





## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Andre Anastacio Bezerra

NACIONALIDADE: Bromilux ESTADO CIVIL: solteiro

PROFISSAO: Advogado Nº DO RG: 03031070375

ORGÃO EMISSOR: PB DATA DE EMISSÃO: 08/06/2016

Nº CPF: 008.627.304-30 ENDEREÇO: Av. Antonio Silveira, nº 562, Bairro Teófilo, João Pessoa - PB, CEP 58040-394

**OUTORGADO:** Adilson Luiz de Oliveira Brito

NACIONALIDADE: Bromilux ESTADO CIVIL: solteiro

PROFISSAO: Advogado Nº DO RG: 22742

ORGÃO EMISSOR: PA/PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016

Nº CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: Av. Lacerda, nº 172, Centro, João Pessoa - PB, CEP 58013-430

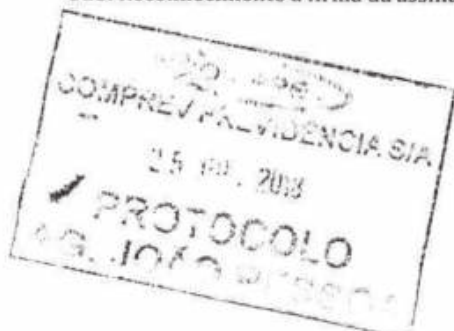
### PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Andre Anastacio Bezerra, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa - PB, 19 de dezembro de 2018.

Andre Anastacio Bezerra  
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 16ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08525685020188152001

**MAPFRE SEGUROS GERAIS 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 **ANDRE ANASTACIO BEZERRA**, 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:

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

**Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.**

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 30 de outubro de 2020.

**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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:27:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110416272081800000034610522>  
Número do documento: 20110416272081800000034610522