



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_ANexo_02</a>	Outros Documentos
36249 290	04/11/2020 16:27	<a href="#">2584444_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:27:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110416271629300000034610500>  
Número do documento: 20110416271629300000034610500

Num. 36249268 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANDRE ANASTACIO BEZERRA**

Nº Sinistro: **3180342874**  
Vitima: **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



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. 1



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ANDRE ANASTACIO BEZERRA

Nº Sinistro: 3180342874  
Vitima: 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](http://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. 01761/01762 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13248096



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. 2

## 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 EVIDENCIAM PRESENÇAS 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:**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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 **008-627-304-30** CPF da Vítima **008-627-304-30** Nome completo da vítima **André Anostácia Bezerra**

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

Nome completo <b>André Anostácia Bezerra</b>	CPF titular da conta <b>008.627.304-30</b>	Profissão <b>Recuperador</b>
Endereço <b>N. botâno Filgueiros</b>	Número <b>562</b>	Complemento <b></b>
Bairro <b>Torre</b>	Cidade <b>José Recco</b>	Estado <b>PB</b>
Email <b>ccf.adm@gmail.com</b>	CEP <b>58040-391</b>	Telefone (DDD) <b>83-98849-5530</b>

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR  SEM RENDA  ATÉ R\$ 1.000,00  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00  ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

N.R.O.

CONTA

N.R.O.

D/V

**0617**

**37322**

**Operação - 013**

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Norma

AGÊNCIA

N.R.O.

CONTA

N.R.O.

Agencia

N.R.O.

**José Recco - PB 13 de Julho de 2018**

Local e Data

**André Anostácia Bezerra**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



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. 4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:27:20  
<http://pjeb.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011041627178420000034610508>  
Número do documento: 2011041627178420000034610508

Num. 36249276 - Pág. 5

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>a</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA

**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### 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 Investigacao, 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:

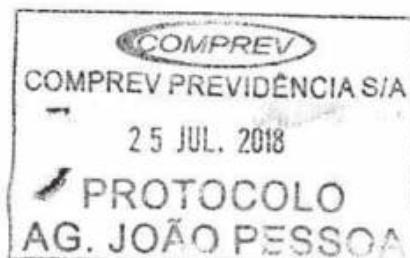
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, PRETA, 2010, PLACA MOG9311/PB, CHASSI 9C2KC1670BR311218, registrada em nome de MARCIO BARBOSA DE LIMA, quando o pneu traseiro estourou vindo o noticiante a perder o controle e cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO 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 Investigacao

ANDRE ANASTACIO BEZERRA  
Noticiante



Procedimento Policial: 01308.01.2018.1.00.420

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:27:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011041627178420000034610508>  
Número do documento: 2011041627178420000034610508

Num. 36249276 - Pág. 6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 Amorim Bezerra** | CPF da Vítima: **008-627-304-30** | Data do Acidente: **14/01/2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

REPRESENTANTE LEGAL DA VITIMA	
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 Lider 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 significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

José Pinto - PB 13 de Julho de 2018  
Local e Data

Local & Data

\* Andrés Gómez Berra

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

10001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:27:20  
<http://pie.tjpj.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/list/view.seam?x=2011041627178420000034610508>  
Número do documento: 2011041627178420000034610508

Núm. 36249276 - Pág. 7



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO	
<b>MATRÍCULA</b>	
196207	REFERENCIA
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. I QUALID. ÁGUA-ANEJO 20 PORT. 05/2017 HS.						
JUN/2018	9	0	PARAHETROS	E(CIG.	ANALIS.	CONFORTES
MAI/2018	9	0	TURBIDEZ	268	275	275
ABR/2018	9	0	CLORO	268	277	277
MAR/2018	9	0	COL.TERNOT	0	0	0
FEV/2018	9	7	COR	73	88	88
JAN/2018	9	10	COL.TOTAIS	268	277	277
MEDIA(M3)	9		DADOS REFERENTES A: MAI/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 06/07/2018		HORA DA IMPRESSÃO: 11:01:58	
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)	
AGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE AGUA	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
-------------	------------	----------------	-----------

	CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA	CONDICÃO DO FATURAMENTO: MEDIA DO HIDRONE TIPO DE TARIFA: 1
INFORMAÇÕES GERAIS:	
SR. USUÁRIO: EM 31/05/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM D/B/T 0. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO AP/S A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.	

CAGEPA  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

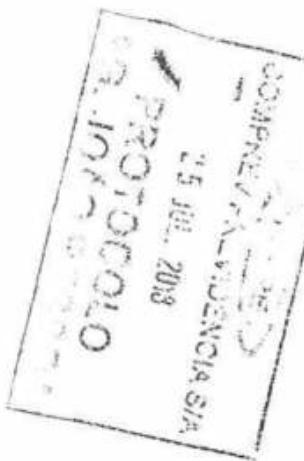
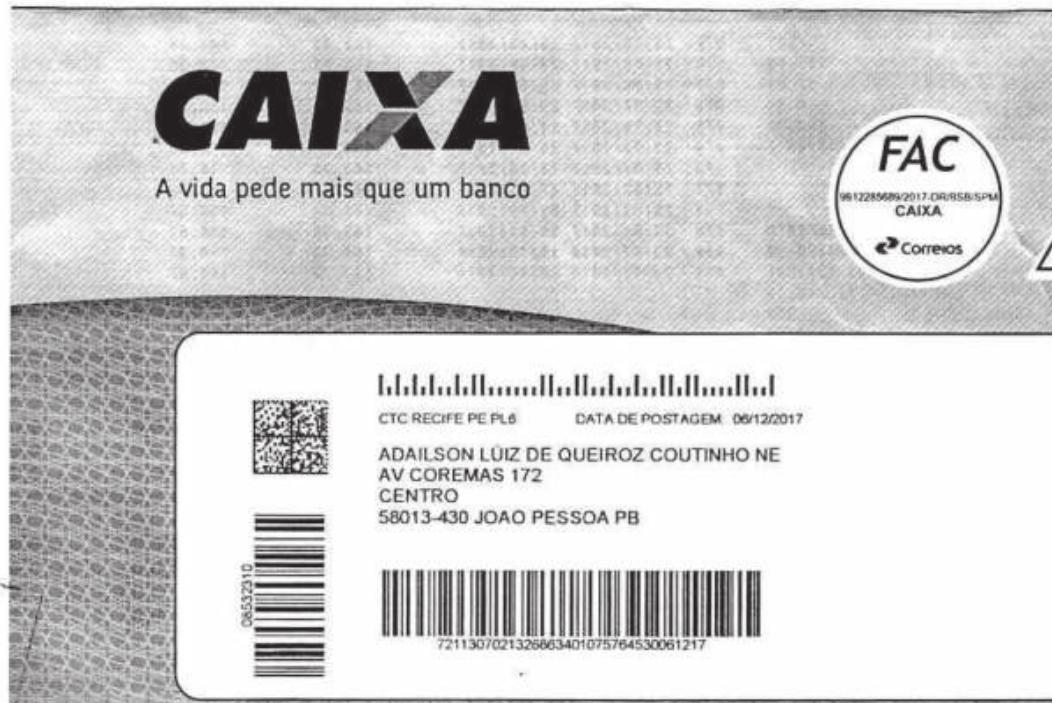
MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
196207	JUL/2018	19/07/2018	R\$ 69,98

82630000000 5 69980010001 7 00019620701 3 07201850003 2



COMPROVANTE DE PAGAMENTO SIAF  
25 JUL 2018  
PROTÓCOLO  
210621850003





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:27:20  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110416271784200000034610508>  
Número do documento: 20110416271784200000034610508

Num. 36249276 - Pág. 9



## 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/BIBLIOTECAWEB/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 Leitão 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 1mobilidade 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	Número	Complemento
<u>Avenida Leônidas</u>	<u>172</u>	
<u>bento</u>	<u>PB</u>	<u>58013-430</u>
<u>ccf.adl2@gmail.com</u>	<u>83-3506-1910</u>	<u>93-98849-5530</u>

2007200-28-13 de Julho de 2018  
Local e Data

Adailson Luiz de Oliveira Leitão Neto  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marcio Bordon 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 Buzios - Rio de Janeiro, no Estado  
de RJ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) 517 Entrecampos,  
nº 10/nº, complemento Area 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.....: Kawasaki 150 Fénix

Placa.....: M0G 9311 - PB

Chassi.....: 9C2KC1670BR311218

Data do acidente.: 14/01/2018

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



Marcio Bordon de Lima

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

André Anastácio Bezerra

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

CARTEIRO  
MONTEIRO DA FRANCA  
SERVIÇO NOTARIAL 5º Ofício

Av. Epitácio Pessoa, 416 - Centro - CEP: 58000-000 - Telefone: (83) 3244-8000 - Telefax: (83) 3244-8000 - João Pessoa/PB

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: João PessOA  
ANDRÉ ANASTÁCIO BEZERRA  
Data: 13/07/2018 Hora: 08:34:57

En test. da verdade. João PessOA - RJ 13/07/2018 08:34:57  
Rosangela de Sousa Carneiro - Escrivane  
T2018-032965]EMOL-R\$ 0,48 FAPPEN-R\$ 0,28 FEFPI-R\$ 1,90 ISS-R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: ANA22786-30X1  
a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CARTEIRO  
MONTEIRO DA FRANCA  
SERVIÇO NOTARIAL 5º Ofício

Av. Epitácio Pessoa, 416 - Centro - CEP: 58000-000 - Telefone: (83) 3244-8000 - João Pessoa/PB

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: João PessOA  
MARCIO BARBOSA DE LIMA  
Data: 13/07/2018 Hora: 08:33:55

En test. da verdade. João PessOA - RJ 13/07/2018 08:33:55  
Rosangela de Sousa Carneiro - Escrivane  
T2018-032964]EMOL-R\$ 0,48 FAPPEN-R\$ 0,28 FEFPI-R\$ 1,90 ISS-R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: ANA22786-L008  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





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

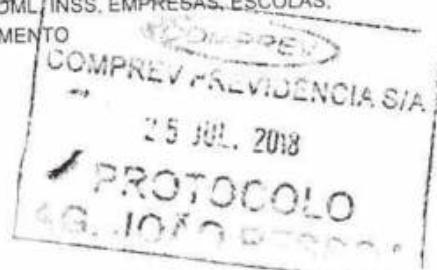
### TRATAMENTO:

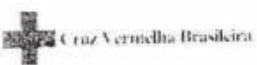
Tratamento conservador. Imobilização com tipóia hemi J.

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





#### Identificação do paciente

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

#### Endereço

CEP 58040390	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CAETANO FILGUEIRAS - ATÉ 677/678
Número 2614	Complemento		Bairro TORRE

#### Admissão

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

#### Indicadores e Transporte

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

#### Sinais Vitais

PA X mmHg      Peso      Temperatura

#### Exames complementares

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

Dados clínicos

*pt vítima acidente  
cicimento de parau E, EU eu -  
toras; condic se, mHg, dg. ab. RTG.*

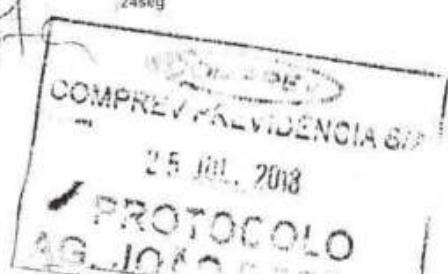
Diagnóstico

Atendido por  
FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL

CD

Tempo  
24seg

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031-050

En  
Tel

CNES: 6121221

Paciente <b>ANDRE ANASTACIO BEZERRA</b>	BAE 1055484	Data/Hora Entrada 14/01/2018 09:08:58	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1979	Idade 38	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987942614
Mãe <b>MARIA DAGUIMA BEZERRA</b>			Prontuário
Endereço <b>CAETANO FILGUEIRAS - ATÉ 677/678, 2614</b>	Bairro <b>TORRE</b>	Município <b>JOAO 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 14/01/2018 09:08:58		Data/Hora Prescrição 14/01/2018 09:20:16	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

#### Anamnese

**ANAMSE**  
VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA REFERINDO DOR E LIMITAÇÃO EM OMBRO ESQUERDO. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA. ABDOMEN FLACIDO INDOLAR A PALPAÇÃO. CONDUTA: ATENDIMENTO INICIAL/AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

#### RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

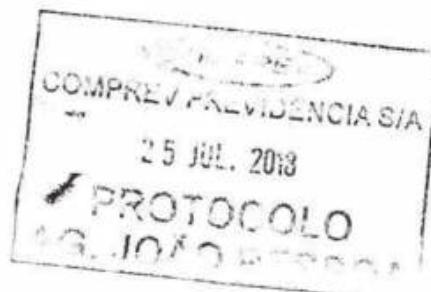
CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduita**  
Em observação

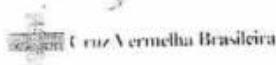
ANDRÉ ANASTACIO BEZERRA

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



Direitos reservados por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 14/01/2018 09:09:22





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>ANDRE ANASTACIO BEZERRA</b>	BAE <b>1055484</b>	Data/Hora Entrada <b>14/01/2018 09:08:58</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/02/1979</b>	Idade <b>38</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>MARIA DAGUIMA BEZERRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 987942614</b>
Endereço <b>CAETANO FILGUEIRAS - ATÉ 677/678, 2614</b>	Bairro <b>TORRE</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>VICTOR LINHARES LUGUINHO</b>	Nº Cons. Regional <b>10894/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>14/01/2018 09:08:58</b>		Data/Hora Prescrição <b>14/01/2018 12:01:31</b>	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha

## Anamnese

dor e crepitação em clavícula direita

RX: fratura de clavícula direita

CD: tratamento conservador

-tipoia hemi

-orientado por Dr. Mouribe

-Alta da ortopedia

## MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

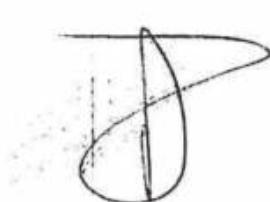
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

## Conduta

Em observação

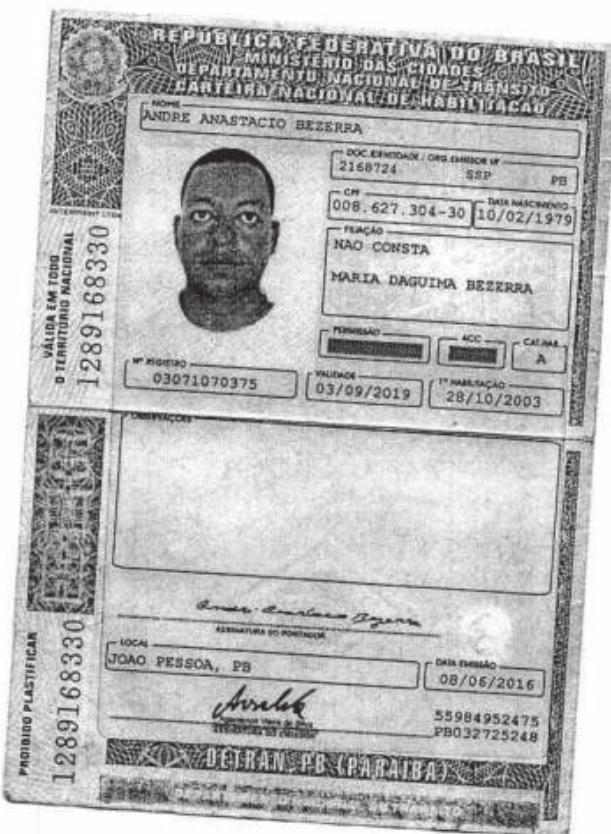
  
VICTOR LINHARES LUGUINHO  
(: 10894/PB)

ANDRE ANASTACIO BEZERRA



Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARILAL em 14/01/2018 09:09:22





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. 16



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:27:20  
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011041627178420000034610508>  
Número do documento: 2011041627178420000034610508

Núm. 36249276 - Pág. 17

**energisa**  
ENERGIA PARA SUA VIDA  
Av. 25 de Setembro, 1100 Foz do Iguaçu - PR - CEP 85801-000  
(045) 3661-1000 / 0800-222-1111 / 0800-222-1112

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI  
• Jun / 2018 21/06/2018 23/07/2018 9584830430  
inc. Eit

UC (Unidade Consumidora): 5/1373814-1

[Canal de contato](#)

COMPROVANTE DE  
RESIDÊNCIA DO  
PROPRIETÁRIO DO  
VEÍCULO

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Dats	Lectura	Dats	Lectura						
22/05/18	15435	21/05/18	15631						
<b>Demonstrativo</b>									
CDI - Desconto		Quantidade - Total	Vlr. Base Custo Atual	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
		Total	Base Custo	(R\$)	CMDBR	CMG	PdCMBR	(0,00%)	Ajustado
2601 Consumo 0600W-BR	30.000	1242330	1,26	1,26	25	1,81	1,26	0,06	930
2601 Consumo 31x100WV-BR	10.000	2415400	29,07	29,07	25	7,27	18,07	0,26	120
0801 Adm A Amarela			2,21	2,21	25	5,06	2,21	0,03	201
0801 Adm B Vermelha			2,61	2,61	25	6,05	2,61	0,02	117
0812 Subsidiado		50,35	36,90	25	12,24	36,90	0,04	132	
LANÇAMENTOS E SERV/CD's									
0801 CONTRIBUICAO LUNA PÚBLICA		2,16	0,05	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 05/2018		5,12	0,05	1	0,00	0,12	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 05/2018		1,16	0,05	1	0,00	0,05	0,05	0,00	0,00
0810 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018		0,15	0,05	1	0,00	0,05	0,05	0,00	0,00
0814 Contribuição Fazenda		-26,86	0,03	1	0,00	0,02	0,02	0,00	0,00

CCU (Censo de Clasificación del hogar) - Tercera

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

### Histórico de Consumo (kWh)

Indicadores de Qualidade 42001-Brasil

Indicadores de Qualidade		Limites da ANEEL	Aparado	Limite de Tensão (V)
DIG. MENSAL	1.34		7.85	
DIG. TRIMESTRAL	2.15			NORMAL
EFICACIA	2.15			
DIG. MENSAL	7.82		2.00	CONTRATADA
DIG. TRIMESTRAL	15.64			LIMITE INTERNA
EFICACIA	31.26			LIMITE SUPERIOR
SMC	5.53		6.12	

Discriminadas	Valor (R\$)	%
Imposto de Importação	1.000,00	100,00%
Imposto de Importação - Imposto de Importação	1.000,00	100,00%
Imposto de Importação - Imposto de Importação	1.000,00	100,00%
Imposto de Importação - Imposto de Importação	1.000,00	100,00%
Imposto de Importação - Imposto de Importação	1.000,00	100,00%
Total	5.000,00	100,00

ATENÇÃO

**ATENÇÃO**  
AVISO: Fazendo uso de débitos anteriores, já reembolsados, o fornecedor poderá efetuar a quitação integral da dívida ou decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

**Faturas em atraso**

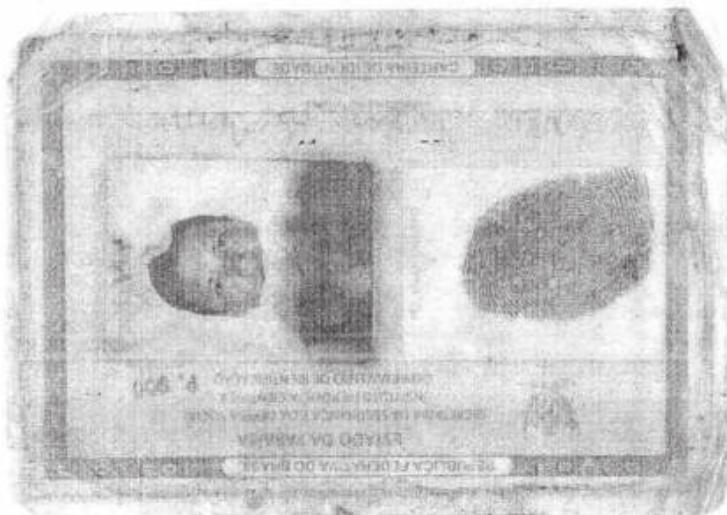
Jan/16	138,05
Mar/15	293,45
Fev/15	153,18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:27:20  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011041627178420000034610508>  
Número do documento: 2011041627178420000034610508

Núm. 36249276 - Pág. 18

DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO



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. 19



Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Andre Amorim 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 Annaida Botelho Filgueiros

Nº 562 COMPLEMENTO BAIRRO 1000

CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58040-391

E-MAIL cc.f.adm@gmail.com TELEFONE (83) 98849-5530  
(83) 99113-0753

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) \* Somente
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) \* Declaração de Proprietário de Veículo
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) \* Declaração de Ausência de Laudo do IML
- 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
- PROCURACAO / SNSER

## 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) D
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME D (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS I

## DOCUMENTOS COMPLEM

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRES DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABAL
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOU
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOM DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRE

## INFORMAÇÕES IMPORTA

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 1.
  - INVALIDEZ PER
  - DAS LESÕES E
  - DESPESAS MÉ
  - VARIA CONFOR
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, POD LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZA SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTRE

DATA 25/07/18

IDENTIDADE 22.742.038/PB

ASSINATURA Adalbeno 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 EVIDENÇIA 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 EVIDENÇIA 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: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSAO: Advogado Nº DO RG: 03031070375  
ÓRGÃO EMISSOR: TJDFT-RJ DATA DE EMISSÃO: 08 / 06 / 2016  
Nº CPF: 008-627.304-30 ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, nº 562,  
Boa Vista, Rio Preto - SP, CEP 58040-391

**OUTORGADO:** Adailton Luiz da Silva entinho Neto  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSAO: Advogado Nº DO RG: 22742  
ÓRGÃO EMISSOR: CA3/RJ DATA DE EMISSÃO: 07 / 09 / 2016  
Nº CPF: 007-854.364-99 ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, nº 172, Centro,  
Rio Preto - RJ, 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 Janeiro 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

Num. 36249290 - Pág. 1

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

Num. 36249290 - Pág. 2