



Número: **0804088-75.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/02/2017**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

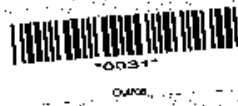
Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JUAREZ MOUZINHO DE PONTES (AUTOR)		MARIA OLETRIZ DE LIMA FILGUEIRA (ADVOGADO)	
BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35208 103	07/10/2020 12:26	<a href="#">Petição</a>	Petição
35208 104	07/10/2020 12:26	<a href="#">2644983_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
35208 105	07/10/2020 12:26	<a href="#">2644983_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





**Declaração do Proprietário do Veículo**

Eu, Maria José do Nascimento Pontes

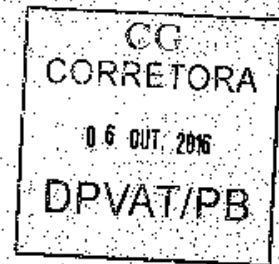
RG nº 4.547.866, data de expedição 16/03/90, Órgão SSP - PB, portador do CPF nº 205.165.134-00, com Domicílio na cidade de Araruna, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) seto Guaribas nº 510, complemento, casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Juanes Neuzembo de Pontes, cujo o condutor era Juanes Neuzembo de Pontes.

Veículo: Motocicleta  
Ano: 1999/1999  
Modelo: Honda CB 125 TITAN  
Placa: MVB 3725  
Chassi: 9C2JE2500XR152041  
Data do acidente: 02/03/15

Local e data: Araruna - PB - 29/02/16



X Maria José N. Pontes  
Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



X \_\_\_\_\_  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



RECONHEÇO verdadeira Letra(s) e Firma(s) por autenticidade de Maria José N. Pontes dau fe

Araruna, 29 de Fevereiro de 2016

Em Teste. Antônia Martins de Sousa  
TABELIÃO

SELO DIGITAL  
AEU37859-KSVS  
Consulta Autenticidade em:  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>





PACIENTE: JUAREZ MOURZINHA DE PONTES  
 DATA DO EXAME: 02.03.2015  
 RADIOGRAFIA DE MÃO

- Fratura com acentuados desvio e diástase na diáfise da falange distal do 3º dedo.

73

CG  
 CORRETORA  
 06 OUT. 2016  
 DPVAT/PB

Dr. Arthur José Ventura  
 CRM/PB: 6481

Dr. Miriam Albino  
 CRM/PB: 6435

Dr. Marcella Farias  
 CRM/PB: 6550

Dr. Rafael Borges  
 CRM/PB: 6485

Dr. Ramonil Miranda  
 CRM/PB: 6220

Dr. Toracilio Alencar  
 CRM/PB: 6475

GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

**Ficha de Acolhimento** 09/10/2020

Nome: Juarez Mourzinha de Pontes  
 End.: Rua ... Bairro: ...  
 Data de Nascimento: 02/03/1941 Documento de Identificação: ...  
 Queixa: ... Data do Atendimento: 02/03/15 Hora: ... Documento: ...

**Classificação de Risco**

Nível de consciência: (x) Bom ( ) Regular ( ) Brax Aspecto: (x) Calmo ( ) Fácies de dor ( ) Gerente  
 Frequência respiratória: Frequência cardíaca:  
 Pressão arterial: Temperatura axilar:  
 Dosagem de HGT: Mucosa: (x) Normalizada ( ) Pálida  
 Desambulação ( ) Livre ( ) Cadeira de Rodas ( ) Cama

**Estratificação**

( ) Vermelho - Atendimento imediato  
 ( ) Verde - Atendimento até 04 horas  
 (x) Amarelo - Atendimento até 1 hora  
 ( ) Azul - Atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional




atopado

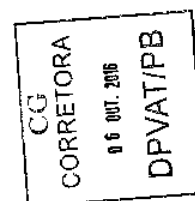
Tramite 3 - ODE

ED: Anulação do  
3º Edital Nível IFD

CP: Regularização do  
costo do optante

DTE CV

  
Dr. Suelio Moreira Torres Neto  
OAB/RS 12264474800000033643804

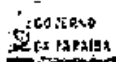


MAO ME ED E M. D. PENAL  
9/11/20 17h00



GOVERNO DA PARAIBA <b>SUS</b>		NATUREZA DA CONSULTA <i>Processo (26/10)</i>	
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		PROCEDIMENTO <i>Processo (26/10)</i>	
UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES AV FLORIANO PEIXOTO, 4500 - PALMÁS CAMPINA GRANDE - PARAIBA - CE 25		TIPO DE ATENDIMENTO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           CG            CORRRETIVA            14 DEZ. 2016            DPVAT/PB         </div>	
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIO: <i>paciente sem queixas, em bom estado de saúde, com queixas de dor abdominal, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de hábitos intestinais.</i>		MEDICACAO ENCAMINHAMENTO	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE TIPO		SERVICOS REALIZADOS <i>03 L-01 002/2016          03 L-01 012/2016          03 L-01 013/2016</i>	
RESULTADOS <i>Exames realizados em laboratório externo.</i>		ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IA)S ASSOCIADO(S)	
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS 1. <i>Capote alba</i> 2. <i>Capote alba</i> 3. <i>Capote alba</i> 4. <i>Capote alba</i> 5. <i>Capote alba</i>		ASS. DO PACIENTE, ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL POR POLEGAR DIREITO <i>Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:26:44</i>	
DIAGNOSTICO: CID <i>TAPAM</i>		ASS. DO MELHOR TITULAR DO RG	

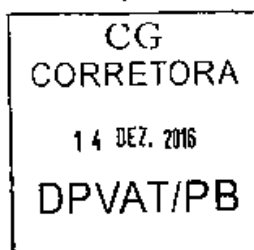




PACIENTE: JUAREZ MOURZINHA DE PONTES  
DATA DO EXAME: 02.03.2015  
RADIOGRAFIA DE MÃO

- Fratura com deslocamento do 3º dedo na falange distal do 3º dedo.

73



Dr. André Luiz de Vasconcelos  
CRM: 11.704/1

Dr. Suelio Moreira Torres  
CRM: 11.704/1-4425

Dr. Manoel de Jesus  
CRM: 11.704/1-0560

Dr. Rafael Augusto  
CRM: 11.704/1-4425

Dr. Alexandre Moura  
CRM: 11.704/1-3225

Dr. Francisco de Assis  
CRM: 11.704/1-8474

GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Ficha de Acolhimento

Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_  
Endereço residencial: \_\_\_\_\_  
Telefone residencial: \_\_\_\_\_  
Endereço atual: \_\_\_\_\_  
Telefone atual: \_\_\_\_\_  
Data de chegada: \_\_\_\_\_  
Motivo de internação: \_\_\_\_\_

### Classificação de Risco

Nível de consciência	Resposta verbal	Resposta motora	Asspeto	Capacidade de comunicação	Observações
Consciente	Responde	Responde	Estável	Compreende	
Consciente	Responde	Responde	Estável	Compreende	
Consciente	Responde	Responde	Estável	Compreende	
Consciente	Responde	Responde	Estável	Compreende	

### Estratificação

Gravidade: \_\_\_\_\_  
Risco: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do profissional



atq. de

inciso 3º do DC

do Regulamento de

do Poder Judiciário TFD

do Regulamento de

do Poder Judiciário

DIA

*[Handwritten signature]*

CC  
CORRETORA  
14 DEZ. 2016  
DPVAT/PB





1 594 752

-0012-

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA EI.P/49

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ANALFABETO

ASSINATURA DO TITULAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1 594 752 DATA DE EXPEDIÇÃO 17 OUT 1990

NOME JUAREZ MOUZINHO DE PONTES  
José Mouzinho de Pontes  
Maria Edite Mouzinho de Pontes

ARARUNA - PB 09.02.1971  
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGEM Cert. Nasc. Nº 912, Liv. A-3,  
Fls. 10, Cart. Araruna - PB

CPT

ASSINATURA DO DIRETOR  
LEIMAT 16 DE PATRIZIA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
132.141.484-60

Nome  
JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

Nascimento  
09/02/1971

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CG  
CORRETORA  
06 OUT. 2016  
DPVAT/PB











SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

**IDENTIFICAÇÃO**

VÍTIMA Joanes Mogueiro de Paulo

DATA DO ACIDENTE 02/03/15 CPF DA VÍTIMA 132.141.434-66

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO PORTADOR sítio Guaribas

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Área Rural

CIDADE Araraúna UF PB CEP 58233-000

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS**

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)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE: Declaração do Proprietário

**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE**

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) Dt

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)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

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 ADA 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 Deposito

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.MOREIRAETORRES.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2335

**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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE 9910312036

DATA 030.959

CPF \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO DEBENEFICIAMENTO NA SEGURADORA

DATA 02/03/15

NOME DPVAT/PB

ASSINATURA Aracide C. Araújo

\*Loucas Aracide de Souza



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
Serviços do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1101119/16

Vítima: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

CPF: 132.141.484-60

Data do Acidente: 02/03/2015

Titular do CPF: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### JUAREZ MOUZINHO DE PONTES : 132.141.484-60

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

#### LUCAS ARAUJO DE LIMA : 030.959.924-59

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data: 06/10/2016

Nome: LUCAS ARAUJO DE LIMA

CPF/CNPJ: 030.959.924-59

LUCAS ARAUJO DE LIMA

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 06/10/2016

Nome: Aldabeth Patricia da Silva

CPF: 893.881.734-04

Aldabeth Patricia da Silva





Seguradora Líder - DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2016

Carta nº: 9917872

A/C: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

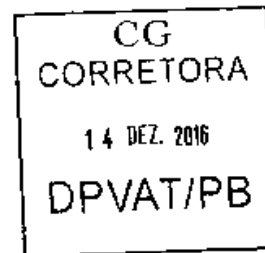
Sinistro: 3160614042 ASL-1101119/16  
Vitima: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES  
Data Acidente: 02/03/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: LUCAS ARAUJO DE LIMA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 06/10/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 02/03/2015. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo



Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

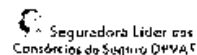
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00865/00866 - carta\_03



**PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS**



**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-1101119/16  
Vítima: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES  
CPF: 132.141.484-60

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/03/2015  
Titular do CPF: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

**DOCUMENTOS ENTREGUES**

<b>Sinistro</b> Documentação médico-hospitalar Outros
---

**ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

**Portador da documentação entregue**

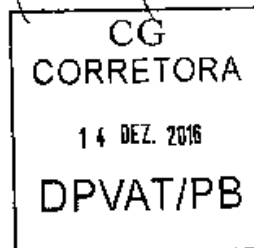
Data: 14/12/2016  
Nome: LUCAS ARAUJO DE LIMA  
CPF : 030.959.924-59

LUCAS ARAUJO DE LIMA

**Responsável pelo recebimento na seguradora**

Data: 14/12/2016  
Nome: Adriana Cirne Aragão  
CPF: 865.178.454-04

Adriana Cirne Aragão





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160614042 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUAREZ MOUZINHO DE PONTES **Data do acidente:** 02/03/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 24/10/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Amputação do terceiro dedo da mão esquerda

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** BAM e documentação médica hospitalar válidos não mencionam que a lesão descrita é decorrente de acidente de trânsito impossibilitando a confirmação denexo de causalidade. Encaminhar documentação médica hospitalar que comprove o nexode causalidade.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

**CRM do médico:** 52.90638-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160614042 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUAREZ MOUZINHO DE PONTES **Data do acidente:** 02/03/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 27/12/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** amputação em 3 dedo da mão esquerda

**Resultados terapêuticos:** Resolução incompleta após o término do tratamento, com evidência de limitação funcional insusceptível a terapêutica.

**Sequelas permanentes:** amputação em 3 dedo da mão esquerda

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** dano total em 3 dedo da mão esquerda

**Documentos complementares:**

**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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

### PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

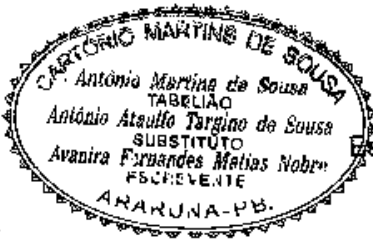
**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





República Federativa do Brasil  
 Cartório do Único Office de Notas  
 Tabelião: **Antônio Martins de Sousa**  
 Escrevente: **Avanira Fernandes Matias Nobre**  
 Praça Barão do Rio Branco, nº 36  
 CEP 58.233-000 - Araruna/Paraíba  
 Fone: (083) 373-1270

Traslado: 1º

Livro: 104

Folhas: 075

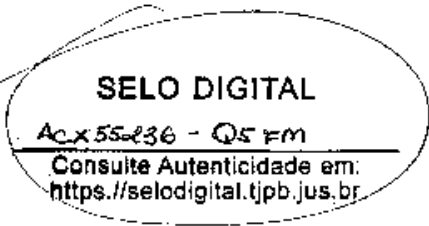
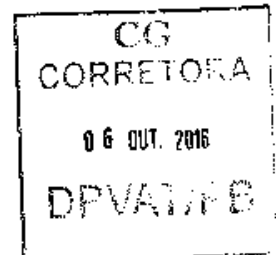
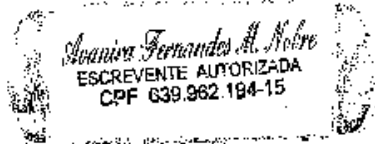
Procuração bastante que faz Juarez Mouzinho de Pontes a Lucas Araújo de Lima, para os fins abaixo:

Saibam quantos este público instrumento de Procuração virem, que no Ano do Nascimento de Nosso Senhor Jesus Cristo, de dois mil e dezesseis (2016), aos três (03) dias do mês de Março, nesta cidade de Araruna/PB, perante mim Escrevente, compareceu como outorgante: **JUAREZ MOUZINHO DE PONTES**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, CPF nº 132.141.484-60, RG nº 1594752-SSP/PB, residente e domiciliado no sítio "Guaribas", município de Araruna/PB.

Reconhecido como o próprio por mim Escrevente, do que dou fé; por ele me foi dito que por este instrumento público, nomeava e constituía seu bastante procurador: **LUCAS ARAUJO DE LIMA**, brasileiro, solteiro, taxista, RG nº 2172005-SSP/PB, CPF nº 030.959.924-59, residente na Rua "Vice-Prefeito Manoel Paulino Teixeira", Loteamento José Gomes de Azevedo, nº 65, na cidade de Araruna/PB, a quem confere poderes gerais e especiais para representá-lo no procedimento administrativo de **SEGURO DPVAT** na qualidade de representante de Juarez Mouzinho de Pontes, vítima de acidente de trânsito. Podendo para tanto representá-lo junto às seguradoras, apresentar e assinar documentos necessários, inclusive Autorização de pagamento ou qualquer documento pertencente ao Seguro Obrigatório DPVAT, prestar declarações e informações, receber todo e qualquer valor a que tenha direito o outorgante, requerer documentos, assinar requerimentos, fazer juntada e retirada de documentos, e ainda assim representá-lo junto aos **BANCOS**. Enfim, praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato. Os dados teorização de pagamento da presente procuração foram fornecidos pelo Outorgante que responde civil e criminalmente por quaisquer eventualidades que venham a ocorrer. E de como assim disse do que dou fé, lavrei este instrumento, que sendo-lhe lido, aceitou e assina Francisca Edinete da Silva Matias, a rogo do outorgante não alfabetizado que deixa impressão digital, independente de testemunhas instrumentárias de acordo com o provimento nº 03/87, da Corregedoria Geral de Justiça do estado, comigo Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente que digitei. E eu, Antônio Martins de Sousa, Tabelião Público, subscrevo, dou fé, dato e assino com o sinal do meu uso. Araruna, 03 de Março de 2016. Em test.º (sinal) da verdade. O Tabelião Público: Antônio Martins de Sousa. (a) Francisca Edinete da Silva Matias. Está conforme o original. Eu, Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente, digitei dato e assino.

Araruna, 03 de Março de 2016

*Avanira Fernandes M. Nobre*



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2016

Carta nº: 9881330

A/C: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

**Sinistro:** 3160614042 ASL-1101119/16  
**Vitima:** JUAREZ MOUZINHO DE PONTES  
**Data Acidente:** 02/03/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** LUCAS ARAUJO DE LIMA

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01371/01372 - carta\_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2016

Carta nº: 9917872

A/C: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

Sinistro: 3160614042 ASL-1101119/16  
Vítima: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES  
Data Acidente: 02/03/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: LUCAS ARAUJO DE LIMA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **06/10/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULACÃO de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag: 00865/00866 - carta\_03





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10250625

A/C: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

Sinistro: 3160614042 ASL-1101119/16  
Vítima: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES  
Data Acidente: 02/03/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: LUCAS ARAUJO DE LIMA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01527/01528 - carta\_02





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10508405

A/C: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160614042 ASL-1101119/16  
Vítima: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES  
Data Acidente: 02/03/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: LUCAS ARAUJO DE LIMA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/12/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00731/00732 - carta\_03

00060366



---

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2017

Carta nº 11473487

a/c: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

**Sinistro:** 3160614042 ASL-1101119/16  
**Vitima:** JUAREZ MOUZINHO DE PONTES  
**Data Acidente:** 02/03/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** LUCAS ARAUJO DE LIMA

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso *site* [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00015/00016 - carta\_16







<b>GOVERNO DA PARAIBA</b> SECRETARIA DE SAUDE HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		NATUREZA DA CONSULTA <input type="checkbox"/> 01 - SERVIÇO DE <input checked="" type="checkbox"/> CONSULTA ESPECIALIZADA <i>Ortopedia (20.40)</i>	
<b>SUS 40</b> FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		PROCEDIMENTO <i>Paralisação do tornozelo</i>	
UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO Código da Unidade: 00823671 CNPJ: 08-778.268/0001-66 Nome: HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4790 - MALVINAS Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25		TIPO DE ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> URGÊNCIA <input type="checkbox"/> CONSULTA CONVENCIONAL DE TRABALHO DE SERVIÇO ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/> CONSULTA ACIDENTE NO TRABALHO OU TRANSPORTES <input type="checkbox"/> CONSULTA OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO E SEM ATENDIMENTO PRESTADOS EM VÍCIOS FÍSICOS	
PACIENTE: RIBEIRO MACHADO DE PONTES (ATO) Sexo: MASCULINO Idade: 44 Profissão: AGRICULTORAL		COLETA DE AMOSTRAS D ATIPB OUT. 2016 COLETORES	
RAÇA/COR: NASCIMENTO: 02/05/1975 QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO <input type="checkbox"/> 11 - BRANCA <input type="checkbox"/> 12 - PRETA <input type="checkbox"/> 13 - PARDA <input checked="" type="checkbox"/> 14 - AMARELA <input type="checkbox"/> 15 - INDIGENA <input type="checkbox"/> 16 - SEM INFORMACÃO		MEDICAÇÃO ENCAMINHAMENTO <input type="checkbox"/> PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> HEMEROCAM <input type="checkbox"/> RESERVA <input type="checkbox"/> INTERFERON <input type="checkbox"/> FARMACIA <input type="checkbox"/> AUTOPROGRAMA <input type="checkbox"/> OUTROS	
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS: <i>paciente vítima de acidente por colisão com veículo em alta velocidade, no km 20 da rodovia de Malvinas, retornando para casa de casa de 2 km de casa, apresentando dor aguda no tornozelo do lado esquerdo.</i>		SERVIÇOS REALIZADOS: 03.01.06.0026 0.005857 02.04.04.0154 2.95350	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE TIPO		ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IA)S ASSISTENTE(S) (CARIMBO(S))	
RESULTADOS <i>aproximadamente 70g e 110g          (apêndice Holter) - 100g SF.</i>		ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO <i>Francisco Leodino P. da Silva</i>	
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS 1. <i>Urolin (ap)</i> 2. <i>Cardio 20</i> 3. <i>(plato)</i> 4. <i>+ SF 02</i> 5. <i>Ativo 20</i>		ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)	
DIAGNÓSTICO / CID: <i>trauma em pé esquerdo</i> <i>→ G80.00 80g e</i>			





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08040887520178152001

**BRDESCO AUTO/RE CIA DE SEGUROS**, 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 **JUAREZ MOUZINHO DE PONTES**, 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:

**DA FALTA DE INTERESSE DE AGIR**

**INÉRCIA DA PARTE AUTORA NO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

*Ab initio*, cumpre esclarecer que a parte autora requereu o pagamento, através da via administrativa **EM DATA PEDIDO ADMINISTRATIVO**.

Ocorre que a parte autora não entregou toda a documentação necessária, eis que deixou de apresentar **DOCUMENTO FALTANTE**.

Assim, na data de **DATA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS** a Seguradora enviou correspondência a parte autora a qual quedou-se inerte.

De acordo com o art. 5º, §1º, da Lei nº 6.194/74, a regulação do sinistro deve ser realizada no prazo de 30 dias pela seguradora mediante a apresentação pelo segurado dos documentos que o parágrafo do dispositivo menciona, vejamos:

§ 1º - A indenização referida neste artigo será paga no prazo de 5 (cinco) dias a contar da apresentação dos seguintes documentos:

§2º Os documentos referidos no §1º serão entregues à Sociedade Seguradora, mediante recibo, que os especificará. (gn)

Resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo, porém, toda documentação que comprove o nexo causal entre o sinistro e o dano proveniente, na sua falta não há como a Seguradora realizar o pagamento do seguro perquirido.

Neste sentido deveria a parte autora cumprir com a exigência documental, antes de ingressar com ação no Judiciário, consoante a jurisprudência consolidada no Superior Tribunal de Justiça.

Ocorre que parte não apresentou em seu requerimento administrativo documentos imprescindíveis a seu pedido, o que ensejou o cancelamento do pedido ante a caracterização da sua desídia.

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



Em se quedando ele inerte, restou de forma a restar patenteado seu desinteresse no prosseguimento do processo administrativo instaurado, apesar de cientificada para impulsionar

Cumpra salientar que recentemente o Supremo Tribunal Federal chegou à conclusão de que a ausência de requerimento em sede administrativa nas ações que versam sobre o Seguro Obrigatório DPVAT é motivo para extinção do processo por falta de interesse de agir.

Destaca-se que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inerência das suas atividades.

Vale ressaltar que as vítimas de acidentes de trânsito **em todo o Brasil, podem solicitar o seguro DPVAT gratuitamente nas agências próprias dos Correios**. Frisa-se que se trata de um procedimento simples e com dispensa do auxílio de terceiros.

Essas ações promovidas pela Seguradora Líder dos consórcios DPVAT visam facilitar o recebimento na via administrativa dando acesso célere e efetivo aos acidentados, como também tem como objetivos principais evitar a lide e a necessidade de manifestação judiciária sobre o tema.

Em arrimo à tese aqui exposta, é amplamente sabido que o interesse jurídico manifesta-se na existência da lide. A função jurisdicional se exercerá sempre com referência a uma lide que a parte interessada deduz do Estado, pedindo uma solução. A existência da lide, do litígio, obviamente está intimamente ligada à pretensão resistida, que determina o surgimento do conflito, que é uma das condições da ação.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

Caso não seja esse o entendimento do i. Magistrado, requer o sobrestamento do processo por 30 (trinta) dias para que a parte autora reabra o pedido administrativo entregando toda a documentação necessária para que possa haver a correta regulação administrativa.

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.



Nota-se que o i. perito utilizou 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 fixada o quantum indenizatório. Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 5 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)

