



Número: **0800058-19.2020.8.15.0731**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Cabedelo**

Última distribuição : **07/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MACIEL SILVA DOS SANTOS (AUTOR)	JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (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
53431 187	20/01/2022 12:29	<u>Petição</u>	Petição
53431 188	20/01/2022 12:29	<u>2692402_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
53431 189	20/01/2022 12:29	<u>2692402_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/01/2022 12:29:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22012012294274900000050631188>
Número do documento: 22012012294274900000050631188

Num. 53431187 - Pág. 1

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MACIEL SILVA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000028394-6

Nr. da Autenticação 21C6930C3D21419E



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/01/2022 12:29:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22012012294296400000050631189>
Número do documento: 22012012294296400000050631189

Num. 53431188 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639771 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MACIEL SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.4/5/6/7_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639771 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MACIEL SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.4/5/6/7_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Maciel Silva dos Santos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Recepcionista, residente e domiciliado à Rua Santa Luzia, nº 138, bairro Renacon, Município de Caieiras, Estado de(o) SP, Cep: 08300000, portador(a) do RG nº 3.531.317, SSP/ SP e CPF nº 079.260.864-01

Outorgado: Alexandrina Cesar Diante, brasileiro(a), estado civil Casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Além do Fim, nº 157, bairro Além do Fim, Município de Caieiras, Estado de(o) SP, Cep: 08356-384, portador (a) do RG nº 262.77.12, SSP/ SP, e CPF nº 046.502.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Maciel Silva dos Santos, ocorrido em 12/06/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza imediata.

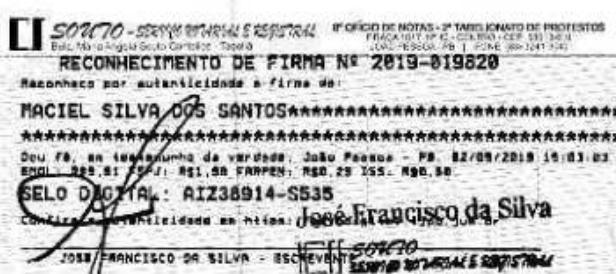
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

J.P., 02, de setembro de 2019.

Selo
Notarial

Maciel Silva dos Santos
Outorgante
CPF Nº 079.260.864-01

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401223/19

Vítima: MACIEL SILVA DOS SANTOS

CPF: 079.260.864-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/06/2019

Titular do CPF: MACIEL SILVA DOS SANTOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MACIEL SILVA DOS SANTOS : 079.260.864-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/11/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/01/2022 12:29:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22012012294296400000050631189>
Número do documento: 22012012294296400000050631189

Num. 53431188 - Pág. 7



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190639771 **Vítima: MACIEL SILVA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 12/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MACIEL SILVA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15126423

Pag. 01105/01106 - carta_01 - INVALIDEZ



00020553



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/01/2022 12:29:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22012012294296400000050631189>
Número do documento: 22012012294296400000050631189

Num. 53431188 - Pág. 8



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 12785.01.2019.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12785.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 10.11 horas do dia 05 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Maciel Silva dos Santos**, CPF nº 079.260.864-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Técnico Em Refrigeração, filho(a) de Maria Jose Silva dos Santos e Luiz Geraldo dos Santos, natural de Esperança/PB, nascido(a) em 30/11/1989 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santa Luzia, Nº 110, bairro Renascer, tendo como ponto de referência Iii, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98700-5521.

Dados do(s) Fatos:

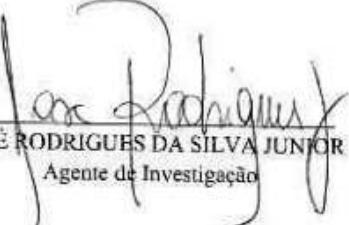
Local: Proximidades da Praça do Caju, Praça do Caju, João Pessoa/PB, bairro Bessa; Tipo de Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/06/19 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRANSITO**.

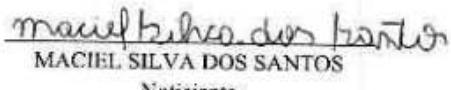
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 12/06/2019, POR VOLTA DAS 20:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA XRE DE COR PRETA, ANO 2017, PLACA QFY-1424/PB, CHASSI 9C2ND01110HR007871, REGISTRADA EM NOME DE ROBERTO JOSE DOS SANTOS, NAS PROXIMIDADES DA PRAÇA DO CAJU, BESSA, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO DEU RÉ NO VEICULO E COLIDIU NA MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE, ALEGANDO QUE PENSOU QUE SERIA UM ASSALTO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM 13/06/2019, 28/06/2019 E 13/07/2019, CONFORME CERTIDÃO 1682/2019 ASSINADA PELA MEDICA ROSSANA DE FATIMA ARAUJO BARBOSA.

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, 05 de novembro de 2019.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


MACIEL SILVA DOS SANTOS
Noticiante

Procedimento Policial: 12785.01.2019.1.00.401

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Mociel Silva dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	Mociel Silva dos Santos		6 - CPF:	079.260.864-05
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	11 - Bairro:
Revisor Informar	Rua Santa Luzia	100	esca	Renascer
12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):
Cabo de Santo	PB	58100-000		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0729	CONTA: 28394	6
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____		
Nome do BANCO: _____		

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data, Cabo de Santo - PB, 19/11/2019

Mociel Silva dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 237335 Atd: Nao Regula
Data: 12/06/2019
Hora: 21:23:15
Repcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MACIEL SILVA DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

CNS: 898003229574992 Sexo: M IDENTIDADE: 3539317 Fone: 87728653

Natural: ESPERANCA/PB Data Nasc.: 30/11/1989 Id: 29 ano(s)

End.: RUA SAO SEBASTIAO, 350

Bairro: RENASCER Cidade: CABEDELO UF :PB

Mae: MARIA JOSE SILVA DOS SANTOS

Pai: LUIZ GERALDO DOS SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: TECNICO DE REFRIGERACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MACIEL SILVA DOS SANTOS

Tel/Doc. Responsavel: 87728653 / IDENTIDADE: 3539317

Endencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO

Vitima de violênciapor: NO BESSA/COND.

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemias: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

Queso Principal 21:37 # em lepro

Observacao

COLISAO MOTO X CARRO. TRAUMA EM MIE

NEGA PANCADA EM CABECA, DESMAIO E VOMITO.

Paciente bem firmeiro de colista nato a auto. Fazia uso de espiral
não usava, nato a parte da conduta. Ripe da un pene (E)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

A - VS: Pnm sem caligia B- Mm VV em ambas HT na Ps C- Hinchim
na coxa esq D- flogos 15 PIFR E- Fec em pene (E) + hinchim
na coxa esq ABD: nulos

Diagnostico

Conduta 1. Rx pene (E) + hinchim (E)
2. Analizar esto pida
3. ACTS

Prescricao

Horario da medicacao

1. SMT 01 xap 1m - Omecoxa por (E)
2. Cetoprofeno 100mg + SF99; 100mg
3. Diquirona 0,0g + ADD, Apolo

Raquel Bezerra Estrela
Médica
CRM PB 7373

Raquel Bezerra Estrela
Médica
CRM PB 7373

20/01/2022
Hn: Fx exposto osso do Peso
CD:
A o Bloco cirúrgico: 11
TTO

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)
Dr. Yury Ferreira
CRM-PE: 11501

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UT
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SV

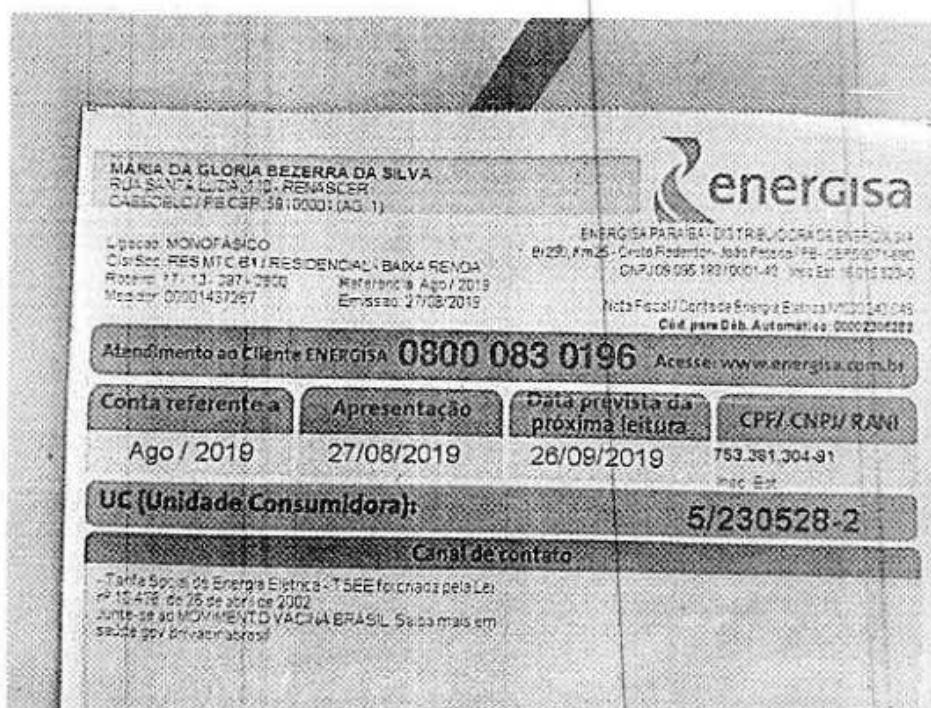
1

Rafaela Bezerra dos Santos

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo





BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento emitido fiscal
Documento deve ser apresentado ao cobrador
Número da conta: 032953,60



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
BR 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 00.095.183/0001-40 - Insc. Faz. 16-615.624-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

OUT/2019

21/10/2019

214

28/10/2019

R\$ 183,53

Acesse: www.energia.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07097.707173 6 80560000018353

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58000-000

Nossa-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	001371069201910	28/10/2019	R\$ 183,53	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/01/2022 12:29:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22012012294296400000050631189>
Número do documento: 22012012294296400000050631189

Num. 53431188 - Pág. 15



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do 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 SUSEP³ 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maciel Silva dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.260.864-01,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidity da Vítima Maciel Silva dos Santos,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.260.864-01, 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 à 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>Rua Agente Fiscal, 76, Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:			
Bairro:	<u>Chamigabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>
E-mail:				Tel. (DDD):	<u>(83) 98663-4900</u>		

Local e Data: João Pessoa - PB, 13/11/2013

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante





CERTIDÃO

Nº. 1682/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº237335 e Prontuário N° 2019.06.1438 pertencentes ao paciente **MACIEL SILVA DOS SANTOS** foi atendido dia 12/06/2019 às 21h23min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta dos ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/06/2019, 28/06/2019 e 13/07/2019. Com alta médica dia 13/07/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 Outubro de 2019

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM-PB - 3533

Rossana
Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 12/06/19

Nome: MACIEL SILVA DOS SANTOS
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: / / _____
Escolaridade: _____

QPD: FERIMENTO EM PERNAS

HDA: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FERIMENTO
EM PERNAS

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: Fadiga Astenia Anorexia Perda de Peso _____ Kg em _____ Prurido Sudorese
 Calafrios Alopecia Adenomegalias Icterícia Tonturas Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe
 Dor de Garganta Bocio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectoração Hemoptise
 Dispnéia Palpitações Desmaio Cianose Edema Outros: _____

ABD: Dor _____ Pirose Soluço Regurgitação Hematêmese Náuseas
 Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematuria
 Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidez pós-reposo Deformidades
 Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade _____
 Amnésia Libido Humor _____

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores:

Alergias:

Cirurgias:

[] HAS [] DMD [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipas
[] Trauma [] Neo [] Tabagismo
[] Alcoholismo

Exercício Físico: Alimentação

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral:

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele:

ACV:

AR:

ABD:

AGU:

SME:

SN:

Resultados de Exames Complementares:

Hipóteses Diagnósticas:

Ex exposição ossos na pele

Conduta:

*Pro cirurgião**Dr. Yury Costa e Silva
Dr. André Lacerda*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Mauro Silveira dos Santos</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>13/07/13</i>	Cirurgião: <i>Dr. Túlio Soárez Filho</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Ex: expondo de tibia (E) + fibula (E)

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

Ex: expondo de tibia (E) + fibula (E)

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

*Tipo: cirurgia de fixação
(pt: descolamento grão retinada
de fixação retinina)*

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
2 () Não

Descreva:

*Temistócles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PE 10117-TEOT 1547-FRC 5245*

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pct. em DDM sob anestesia
Analgia + anti-inflamatória em MCE
Aparição de coágulos artícular

Incisão:

longitudinal em região anterior da punha

Achados:

Fr. de tibia diafisária

Conduta:

Limpeza da frang. inter. óssea
Preservar da artrose
Aprox. de parafuso interfragmentar
fixação com placas 4,5 mm bloquendo
parafusos

Fechamento: Suturar por planos
crurais

OBS: Rx controle

Data: 13/07/39

Temistocles de
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB 1521 / 1901

MÉDICO

Rua Ag. Fiscal Jse Costa Duarte S/N. CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>MICIEL SILVA DOS SANTOS</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>13/06/19</u>	Cirurgião: <u>DR LACÍCIO</u>			1º Assistente: <u>DR YUKY</u>	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>FY EXPOSTA OSSOS DA PENIS</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O MESMO.</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>LNC + FIXADORES EXTERNO</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (✓) Não	Descreva:		
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (✓) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (✓) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM ODM SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
A POSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

Incisão:

Achados:

FX EXPOSTA OSSOS DO PENA (C)

Conduta:

LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
DESENLAMAVENTO DE TECIDOS DESVITELIZADO
A POSIÇÃO DE FIXOPOL EXTERNO Y PINOS S-
02 BANOS COM 3 CORREÇÕES SON ESCOL-
LIMPEZA COM SF 0,9%
SUTURA AC PELA
CORTICO
PT CONTROLE

Fechamento:

OBS:

INTERNAÇÃO PI 2º TEMPO CIRÚRGICO

Data: 13/06/19

Dr. Yureli Cardoso
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1161

MÉDICO/C

Rua Ag. Fiscal Júlio Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa -





Nome: <i>MACIEL SILVA DOS SANTOS</i>				Registro:	
Idade: 29	Sexo: M	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: 28/06/2019			Cirurgião: <i>ODILON</i>		
1º Assistente:			2º Assistente:		
Anestesista: <i>Dr EVELYN</i>			Instrumentador: MARIA		

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<i>FRATURA 1/3 DISTAL de perna ESQ</i>	<i>S82</i>

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
<i>O mesmo</i>	

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)	CÓDIGO
<i>Retirada de material de síntese</i>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não

Acidente e Descreva:

Riópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não

Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:

Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 3(1) Internação, 3(1) Residência, 4(1) Óbito durante o Ato

1 (X) Enf
Cirúrgico



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Retirada de FIXADOR EXTERNO

Achados:

HIPEREMIA NA Perna e QUADRO INFECCIOSO NO TRAJETO DOS PINOS

Limpeza cirúrgica exastiva com sf 0,9%

Conduta:

CURATIVO

TAR A BOTA

Fechamento:**OBS:**

Data: 28 / 06 / 2019

Dr. Odilon R. Filho
ortopedia / Cr. Joetha
CRM 6688 TCR 32957

MÉDICO/CRM



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURTY

Dados do Paciente:

Prontuário: 2019.06.001438

Data de Cadastro: 12/06/2019 Nome: MACIEL SILVA DOS SANTOS

Data de Nascimento: 30/11/1969 Sexo: Masculino Naturalidade: ESPERANCA-PB

Mês: MARIA JOSE SILVA DOS SANTOS

UF: PB Cidade: CABEDELO

Bairro: RENASCER

Rua: RUA SAO SEBASTIAO,350 CEP: 58108212

Identidade: 3559317

País: LUIZ GERALDO DOS SANTOS

Identidade: 3559317

País: LUIZ GERALDO DOS SANTOS

Identidade: 3559317

Atendimentos:

Flch: 237338

Data/Hora Cadastro: 12/06/2019 21:23:16

Unidade: ORTOTRAUMA

Clinica: CIRURGICA

Regulado: NÃO Número do Boleto: NÃO CONSTA

Ocupação: TECNICO DE REFRIGERACAO

Acidente: COLISAO CARRO X MOTO

Violência: NO BESSA/COND.

Transporte: SAMU

Comunicado a Policia: NÃO

Local Procedência: RUA

Complemento:

Recpcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA FARIA

Informado por: OCIEENE MARCIA DA SILVA FERNANDES em: 15/07/2019 13:42:35

Página: 1 de 1



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <i>Manoel Silvano dos Santos</i>		PRONTUÁRIO N.º			
RAZÃO:	SPN	CRM:	CLÍNICA		
DATA DE ADMISSÃO:	<i>12/06/18</i>	DATA DE ALTA:	<i>13/07/18</i>		
DATA DE FONTE:	TEMPO DE FONTE: 15 dias				
DIAGNÓSTICO INICIAL:	<i>VI. DE TIBIA E FIBULA (L)</i>				
DIAGNÓSTICO FÍNITO:	<i>VI. DE TIBIA E FIBULA (L) S2.2</i>				
DIAGNÓSTICO DE FONTE:	<i>RX</i>				
TRATAMENTO REALIZADO:					
<i>Tto. cirúrgico de fr. da fibula e tibia (L)</i>					
MEDICAÇÕES MÉDICAMENTOSAS:					
MEDICAÇÕES PARACLÍNICAS:					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLÓGICO:					
ESTADO DE ALTA:	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO

RESUMO CLÍNICO	NOTAS FÔLIO/ANEXO TERAPÉUTICA (COMPLETO)
<i>P.pt. submetido a tto. cirúrgico de fr. da fibula (L) sem anamnese de evolução com melhora clínica</i>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DATA: <i>Ciso</i>	
REPOUSO:	Relativo em casa por <i>30</i> dias.
	Retorno às atividades sem esforço físico em <i>30</i> dias.
	Retorno às atividades com esforço físico leve em <i>60</i> dias e com esforço maior em <i>90</i> dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se estiver febre, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA:	
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <i>Dr. Temistocles</i> em <i>30</i> dias para revisão. <i>15 dias</i>

DATA	<i>13/07/18</i>
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO	
<p><i>Temistocles de A. K. Pinto</i> ASS. MÉDICO CRM/TRAUMATOLOGISTA CRM-PB: 7618 / TCE-PB: 5747 / RQE: 5246</p>	





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE CABEDELO/PB

Processo n.º 08000581920208150731

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MACIEL SILVA DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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

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

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CABEDELO, 28 de dezembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/01/2022 12:29:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22012012294338100000050631190>
Número do documento: 22012012294338100000050631190

Num. 53431189 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/01/2022 12:29:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22012012294338100000050631190>
Número do documento: 22012012294338100000050631190

Num. 53431189 - Pág. 2