



Número: **0809960-94.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **30/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES (AUTOR)	RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (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
34066 690	08/09/2020 16:16	<u>Petição</u>	Petição
34066 691	08/09/2020 16:16	<u>2695565_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_03</u>	Outros Documentos
34066 692	08/09/2020 16:16	<u>2695565_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</u>	Outros Documentos
34066 695	08/09/2020 16:16	<u>2695565_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 16:16:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816163295900000032586650>
Número do documento: 20090816163295900000032586650

Num. 34066690 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589490

Vítima: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

Data do Acidente: 06/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01359/01360 - carta_01 - INVALIDEZ



00020680

Carta nº 14986581





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, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190589490 **Vítima: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES**

Data do Acidente: 06/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000000372

Conta: 0000033380-7

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **0362392/39** CPF da vítima: **086.993.854-05** Nome completo da vítima: **Leandro Philipe de Oliveira Pires**
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: **Leandro Philipe de Oliveira Pires** CPF: **086.993.854-05**
 Profissão: **Revisor** Endereço: **Rua Renoldo Alves Teles** Número: **340** Complemento: **Centro**
 Bairro: **Manoel Lira** Cidade: **Jasão Pessoa** Estado: **PB** CEP: **58055-033**
 E-mail: **(83) 98708-8728** Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: ITAV
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: 0372 CONTA: 33380 7
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: **Jasão Pessoa, 17/10/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11382.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11382.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 10:57 horas do dia 01 de outubro 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 **Leandro Phelipe de Oliveira Pires**, CPF nº 086.991.854-05, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Fiscal, filho(a) de Rosaria de Oliveira Pires e Crivandir Militão Pires, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/02/1991 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ronaldo Alves Toledo, Nº 140, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Alvorecer III, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Presidente Tancredo Neves, Martelinho de Ouro, João Pessoa/PB, bairro Bairro dos Ipês; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/05/19 13:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 06/05/2019, POR VOLTA DAS 13:50, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA YAMAHA LANDER DE COR PRETA, ANO 2019/20, PLACA QSB-4783/PB, CHASSI 9C6DG3320L0001140, REGISTRADA EM NOME DE ROSARIA DE OLIVEIRA MORAIS, NA AVENIDA PRESIDENTE TANCREDO NEVES, IPÊS, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO, QUE VINHA NA MESMA AVENIDA, PORÉM EM SENTIDO OPPOSTO, VIROU A SUA FRENTE DE FORMA REPENTINA E COLIDIU NA MOTOCICLETA GUIADA POR ESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 16/05/2019, CONFORME CERTIDÃO 1207/2019 EXPEDIDA PELA MÉDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

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, 01 de outubro de 2019.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES
Noticiante

Procedimento Policial: 11382.01.2019.1.00.401

1/1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
0362192/39	086.993.854-05	Leandro Philipe de Oliveira Pires
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Leandro Philipe de Oliveira Pires	CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:
Recurso	Rua Romaldo Alves Toledo	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:
Mangabeira	José Pessoa	PB
E-mail:		CEP:
		58055-033
		Tel.(DDD): (83) 98708-8728

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAÚ

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: 7
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

MORTE
 Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *José Pessoa, 17/10/2019*
 Nome: *Leandro Philipe de Oliveira Pires*
 CPF: *086.993.854-05*

(*) Assinatura de quem assina A RODO
Leandro Philipe de Oliveira Pires

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS:

1º | Nome: _____
 CPF: _____
 _____ Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____
 _____ Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PRETOS AL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO MUNICIPAL MANGABEIRA GOV. MARCOS BURITI
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 227150 Atd: Nao Re
Data: 06/05/2019
Hora: 14:46:17
Repcionista: JUSSARA MANUELA B
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: LEANDRO FELIPE DE OLIVEIRA PIRES Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3527615 Fone: 988221847
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/02/1991 Id: 28 ano(s)
End.: RUA PEDRO DE SENA, 36
Bairro: TREZE DE MAIO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: ROSARIA DE OLIVEIRA PIRES Pai: CRIVANDIR MILITAO PIRES
Paca: PARDAL Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: FISCAL DE LOJA Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: A MAE
Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

FATURADO

Transporte utilizado: CARONA

Vítima de acidente por: COLISAO CARRO+MOTO (CONDUTOR) HA 01H
Vítima de violência por: *B.IPES-PROX. LOMBADA
Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
PC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito

Observação

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO REFERI NEGA TCE SIC
SIA E TRAUMA EM MSE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente refere ter sido vítima de colisão moto - carro, há 01 hora, queixando-se dor em antebraço (E) e mão (E). Relata também dor em panturrilha (E), diogo, perna. Nega alergias medicamentosas.

Diagnóstico: | Conduta - Solicito Rx de antebraço (E) e mão,
Trauma contuso em antebraço (E), - Prescrevo analgesico

Prescrição: | Horário da medicacão: Atende cirurgia geral - Até 2 e
1. Diprofene 500mg/ml - Dose 0 (FA+AI), EV.
2. Sibutril 20mg/ml - Dose 0 (FA+AI), EV.

Dr. Pedro Eduardo de O. Cortizo
Residente Cirurgia Geral
CRM-PB 10782



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

06/05/13.

Paciente portador de fratura do
molar superior
col: Internação p/ cirurgia

Assinatura: *Adriano L. Nóbrega*
Centro de Traumatologia
Hospital Universitário

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030406002-9

030404004-8

DESTINO DO PACIENTE

Residência Desistencia UTI
 Clínica Pediátrica Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

030301002-7 (26180)

030404005-8 (26180)

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00372

CONTA: 000000033380-7

Autenticação:

4A31271B1269221A3F0232B1025429F701D591FFF159EC3217AEB72517DEF18B



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 16:16:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816163584500000032586651>
Número do documento: 20090816163584500000032586651

Num. 34066691 - Pág. 9

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Boleto para simples pagamento da fatura bimestral da energia elétrica N° 032.512.873

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.215.823-0

DADOS DO CLIENTE

CONDOMINIO RESIDENCIAL ALVORECER III
RUA RONALDO ALVES TOLEDO 140
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1043795-2

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

OUT/2019

14/10/2019

143

21/10/2019

R\$ 125,24

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 06987.836175 1 80490000012524

Pagador: CONDOMINIO RESIDENCIAL ALVORECER III CNPJ/CPF: 14.511.890/0001-00

RUA RONALDO ALVES TOLEDO 140 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440006987836	000006000201910	21/10/2019	R\$ 125,24	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA 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 - 08/09/2020 16:16:38

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816163584500000032586651>

Número do documento: 20090816163584500000032586651

Num. 34066691 - Pág. 10

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

Ficha Nr: 227150 Ata: Nao Re
Data: 06/05/2019
Hora: 14:46:17
Recepção: JUSSARA MANUELA B
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3527615 Fone: 988221847

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/02/1991 Id: 28 ano(s)
End.: RUA PEDRO DE SENA, 36

Bairro: TREZE DE MAIO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: ROSARIA DE OLIVEIRA PIRES Pai: CRIVANDIR MILITAO PIRES

Faca: PARDAL Etnia: SEM INFORMACAO

Cooperação: FISCAL DE LOJA Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: A MAE

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: CARONA

Vítima de acidente por: COLISAO CARRO+MOTO (CONDUTOR) HA 01H

Vítima de violência por: B.ESPES-PROX. LOMBADA

1 Caso Policial

FATURADO

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	[X] Aparentemente Bem [] Grave
PC:	TP:	[] Politraumatizado [] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia [] Dispneia
Glicemias:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular [] Chocado
[] Vomito		

Queixa Principal

Observacao

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO REFERI NEGA TCE SIC
SIC E TRAUMA EM MSE

Histórico - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente refere ter sido vítima de colisão moto-carro, há 01 hora, queimando-se
de um antebraço (E) e mão (E). Relembra também dor em panturrilha (E) diogo, perna
negar alergias medicamentosas.

Diagnóstico: | Conduta |
Trauma contuso em antebraço (E), - Solicita Rx de antebraço (E) e mão;
- Prescreve analgesico

Prescrição: | Horário da medicação |
1 Diprospan 500mg/ml - Fazgr 0 (FA+AI), EL.
2 Sibatil 20mg/ml - Fazgr 0 (FA+AI), EL.

Dr. Pedro Eduardo de O. Cartaxo
Residente Cirurgia Geral
CRM-PB 10732


Marta



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

06/05/13.

Paciente portador de fratura de
omoplata esquerda
col: Internação p/ cirurgia

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Assinatura: Nóbrega
Enfermeira: Traumatologia
Data: 06/05/2013

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030406002-9

030401004-8

DESTINO DO PACIENTE

Residencial Frei Refrido Desistência UTI ;
 Ambulatório Enfermaria Óbito: Atestado SVO IML

030401005-3 (2280)

030401005-8 (5528)

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





CERTIDÃO

Nº. 1207/2019

Atendendo solicitação de RENAN DE CARVALHO PAIVA 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 Nº227150 e Prontuário N° 2019.05.0675 pertencentes ao paciente **LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES** que foi atendido dia 06/0/2019 às 14h46min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura diafisaria de radio esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 16/05/2019, com alta médica dia 17/05/2019.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de julho de 2019

Rosangela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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

Ficha Nr: 227150 Atend: Nao Re
Data: 06/05/2019
Hora: 14:46:17
Recepção: JUSSARA MANUELA B
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3527615 Fone: 988221847
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/02/1991 Id: 28 ano(s)
End.: RUA PEDRO DE SENA, 36
Bairro: TREZE DE MAIO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: ROSARIA DE OLIVEIRA PIRES Pai: CRIVANDIR MILITAO PIRES
Faca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Gruopação: FISCAL DE LOJA Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: A MAE
Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

FATIGA/DOOR

Transporte utilizado: CARONA

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO+MOTO (CONDUTOR) HA 01H
Vitima de violencia por: *B.IPES-PROX.LOMBADA
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDIÇOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	[X] Aparentemente Bem [] Grave
PC:	TP:	[] Politraumatizado [] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia [] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular [] Chocado
Queixa Principal		[] Vomito
		Observacao

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO REFERI NEGA TCE SIC
COL. E TRAUMA EM MSE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente refere ter sido vítima de colisão moto - carro, há 01 hora, queixando-se dor em antebraço (E) e mão (E). Relata também dor em ponteira (E) digo, perna (E) e alguma alergia medicamentosa. Trauma contuso em antebraço (E).

Conduta - Solicita Rx de antebraço (E) e mão - Prescreve analgesico

Prescrição Horário da medicação: Até as 02h
1) Dipirona 500mg/ml - 2agrs 0 (FA+AI), EV.
2) Tilitril 20mg/ml - 2agrs 0 (FA+AI), EV.

Dr. Pedro Eduardo de O. Costa
Residente Cirurgia Geral
CRM-PB 10322



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

06/05/18

Paciente portador de fratura de
omoplata esq
col: Internado p/ cirurgia

J. Moreira L. Nogueira
Unidade de Traumatologia
Data: 06/05/2018

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030106009-9
030104004-3
DESTINO DO PACIENTE
Residencial 0303/CPN Transferido [] Desistencia [] UTI /
Vita a pedir [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

030105005-3 (2280)
030101005-3 (2280)
040909000-2 (5528)

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Leandro Filipe de Oliveira Lis</i>	Registro:	
Idade: <i>26a</i>	Sexo: <i>Mas</i> Cor: <i>Clínica:</i>	EMP: <i></i> LR: <i></i>
Data: <i>16/05/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Andue Siqueira</i>	1º Assistente: <i>Diogo Rz</i>
2º Assistente: <i></i>	3º Assistente: <i></i>	Instrumentador: <i></i>
Anestesista: <i>Dr. Veto Leite</i>	Tipo Anestesia: <i>Roqueio</i>	Horário: I: <i></i> T: <i></i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID
<i>fx diaf. de radiof</i>		
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID
<i>menos</i>		
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO
<i>Intervent. de hat. difisaria de radiof</i>		
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2(<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3(<input type="checkbox"/>) Residência 4(<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em ODH no anel
- 2) Anestesia e suporte + Sudeamento
- 3) Círculo de campo ténico

Incisão: ④ Furo em região plana de anel

Achados: ⑤ Fart. diaf: 19,5 cm de radio

Conduita: ⑥ Realizado Reducao volunt + fixação interna de fart. diafragma
radio é com 1 placa dup 3,5mm 1/8furos + 6 parafusos
⑦ Limpeza com SFO,9% exaustiva
⑧ Sutura de furação operatória com fio de sutura

Fechamento: ⑨ Curativo adesivo com gaze estéril
10) Oclusão de feritole

OBS:

Data: 16/05/19

D. Magno F. Pacheco
CRM-PB 10833

MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		LEANDRO PHÉLIPPE DE OLIVEIRA PIRES		PRONTUÁRIO N°	
IDADE	28a	SEXO	MAS	COR	LEITO: 158
DATA DE ADMISSÃO		06-05-2019		DATA DE ALTA	17/05/2019
DIAGNÓSTICO INICIAL		<i>Fratura diafisária de Rádio E</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		<i>O mesmo</i>		CID	
OUTROS DIAGNÓSTICOS				S52.3	
PRINCIPAIS EXAMES					
<i>Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio E</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFEÇÃO DE F.O.		<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA		<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO
OBITO					
RESUMO CLÍNICO		(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMUNICAÇÕES)			
<i>Paciente portador(a) de Fratura diafisária de Rádio E foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de anêstesia de mala e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e</i>					



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 16:16:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816163584500000032586651>
Número do documento: 20090816163584500000032586651

Num. 34066691 - Pág. 19



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 16:16:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816163584500000032586651>
Número do documento: 20090816163584500000032586651

Num. 34066691 - Pág. 20



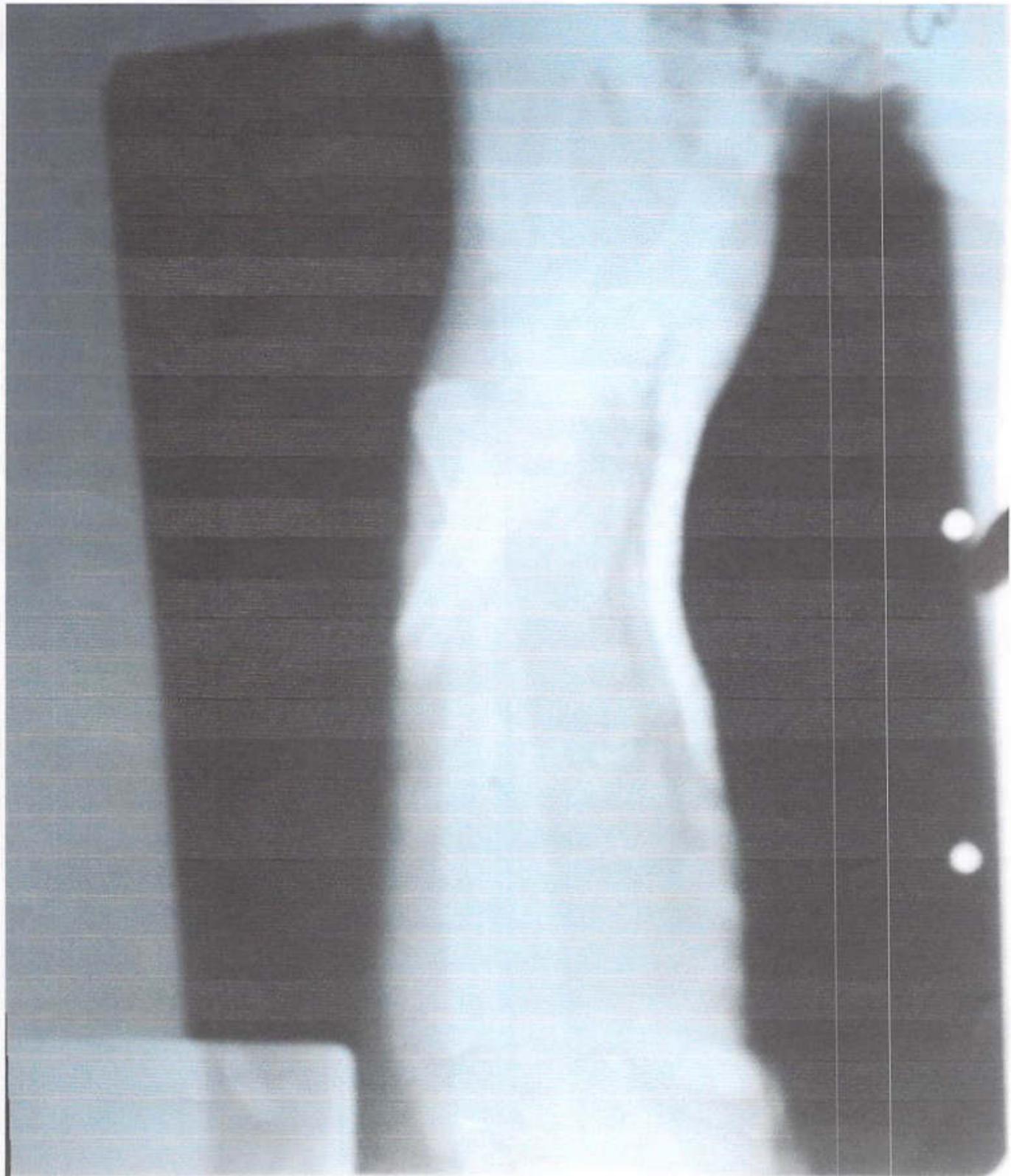
Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 16:16:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816163584500000032586651>
Número do documento: 20090816163584500000032586651

Num. 34066691 - Pág. 21

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 16:16:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816163584500000032586651>
Número do documento: 20090816163584500000032586651

Num. 34066691 - Pág. 22





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190589490 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO PHELipe DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 06/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
PIRES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190589490 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO PHELipe DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 06/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
PIRES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362192/19

Vítima: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

CPF: 086.991.854-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2019

Titular do CPF: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES : 086.991.854-05

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: 17/10/2019
Nome: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES
CPF: 086.991.854-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 16:16:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816163584500000032586651>
Número do documento: 20090816163584500000032586651

Num. 34066691 - Pág. 27

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00372

CONTA: 000000033380-7

Autenticação:

4A31271B1269221A3F0232B1025429F701D591FFF159EC3217AEB72517DEF18B



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 16:16:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816163855800000032586652>
Número do documento: 20090816163855800000032586652

Num. 34066692 - Pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08099609420198152003

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 **LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES**, 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, qual seja **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Inválidez 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 a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, 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.

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 3 de setembro 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 16:16:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816164095100000032586655>
Número do documento: 20090816164095100000032586655

Num. 34066695 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 16:16:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816164095100000032586655>
Número do documento: 20090816164095100000032586655

Num. 34066695 - Pág. 2