



Número: **0800139-72.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36111 736	30/10/2020 11:15	<u>Petição</u>	Petição
36111 738	30/10/2020 11:15	<u>2701845_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
36111 739	30/10/2020 11:15	<u>2701845_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155375200000034482590>
Número do documento: 20103011155375200000034482590

Num. 36111736 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO**

Nº Sinistro: **3180279340**
Vitima: **OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO**
Data do Acidente: **07/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180279340**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12991810

Pag. 01/091/01092 - carta_01 - INVALIDEZ



00020546



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO**
Nº Sinistro: **3180279340**
Vitima: **OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO**
Data do Acidente: **07/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180279340**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Pag. 00691/00692 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 12993684

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO**

Nº Sinistro: **3180279340**
Vitima: **OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO**
Data do Acidente: **07/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

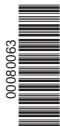
Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180279340**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

Pag. 001/25/00126 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13121180

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592>
Número do documento: 20103011155391500000034482592

Num. 36111738 - Pág. 3

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO**

Nº Sinistro: **3180279340**
Vitima: **OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO**
Data do Acidente: **07/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180279340**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

Pag. 01815/01816 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13246271

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592>
Número do documento: 20103011155391500000034482592

Num. 36111738 - Pág. 4



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

094.656.604-69

Nome completo da vítima

Ornaldo Calixto de Lima Veto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Name completo	Ornaldo Calixto de Lima Veto	CPF titular da conta	094.656.604-69	Profissão	Eletricista + Mecanico
Endereço	Condomínio Manoel Fernandes	Número	51/N	Complemento	Qd. 02 - L - 12
Salvo	Cidade Naxa	Cidade	Norman Guaporé	Estado	RJ
Email	Zeduardosilva08@hotmail.com	CEP	5828-000	Telefone (DDD)	98663-4900

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

DE CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
Nº
00421
(Informar dígito se existir)

CONTA
Nº
309341-9
(Informar dígito se existir)

DE CONTA CORRENTE (todos os bancos):
ANCO
conta
Nº

AGÊNCIA
Nº
0/V
(Informar dígito se existir)

CONTA
Nº
0/V
(Informar dígito se existir)

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

Ornaldo Calixto de Lima Veto
Local e Data

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2010
Ronal

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

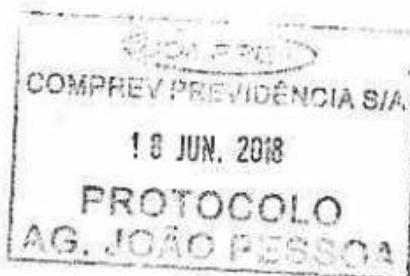
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592
Número do documento: 20103011155391500000034482592

Num. 36111738 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592>
Número do documento: 20103011155391500000034482592

Num. 36111738 - Pág. 6



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

094.656.604-69 Orvaldo Calixto de Lima Veto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Orvaldo Calixto de Lima Veto	094.656.604-69	Eletrotécnica + Recava
Endereço	Número	Complemento
Rua Vereador Antônio Loucio	12	06.02-L-12
Bairro	Cidade	Estado
Cidade Nova	Monteiro	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
eduardosilveira@hotmail.com	5828-000	98663-4900

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

Nº

CONTA

Nº

D/V

Nº

(Inserir dígito se existir)

109341-9

(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

ANCO

eme

AGÊNCIA

Nº

D/V

Nº

CONTA

Nº

D/V

Nº

(Inserir dígito se existir)

COMPROVANTE DEVIDENCIAS/A

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 01/2018
Ocorrência nº. 0263/2018

Aos DEZENOVE dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Ad Hoc EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA, ai por volta 14h:48min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO, conhecido por , Identidade nº 3671666-SSP/PB, CPF nº 09465660469, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: autonomo, filho(a) de Jair Ricardo Silva De Lima E Eliane Lopes Da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 13/09/1989 (28 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vereador Antonio Lucio,12,Cidade Nova, tendo como ponto de referência: , na cidade de MAMANGUAPE/PB, fone(s) para contato (83) 996813624.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 07 de setembro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 18h:30min;
- 4) LOCAL: BR101-PROXIMO AO POSTO SETA nº , bairro: Centro – **MAMANGUAPE/PB**;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV.TARCISIO BURITY, João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VITIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

Veículo marca/modelo: HONDA/BIZ 125 ES, cor: ROSA, placa: NPU0890/PB, ano: 2009/2010, chassi: 9C2JC4220AR004471 em nome de SIONE CONCEIÇÃO SILVA

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE estava conduzindo a motocicleta descrita, no local em referência, quando estava se dirigindo ao colocar em alerta pra entra em outra rua que liga a BR, outra motocicleta colidiu com a sua deixando o noticiante ao solo, QUE o comunicante sofreu acidente de trânsito e o outro condutor depois pegou a sua motocicleta e evadiu-se do local sem prestar socorro, QUE o noticiante após o acidente foi por conta própria ao Hospital Geral de Mamanguape e em seguida removido ao COMPLEXO HOSPITALAR Mangabeira Gov.Tarcisio Burity de João Pessoa onde evidenciou-se segundo laudo médico com FRATURA DIAFISARIA DA RADIOL-CID-S52.3, QUE foi submetido a cirurgia e recebeu alta hospitalar no dia 13/09/2017.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim escrivã(o) que digitei.

Osvaldo Calixto de Lima Neto
OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Comunicante

Euribes Fagundes de Oliveira
EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA
ESCRIVÃO Ad Hoc – Mat. nº 5764

COMPREV PREVIDÊNCIA SFI	13 JUN. 2018
PROTÓCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

Rua Escritor Lima Pinto nº 18, Campo, Mamanguape/PB telefone: 3292-2604



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 01/2018
Ocorrência nº. 0263/2018

Aos DEZENOVE dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivâ(o) Ad Hoc EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA, a volta 14h:48min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO, conhecido por , Identidade nº 3671666-SSP/PB, CPF nº 09465660469, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: autônomo, filho(a) de Jair Ricardo Silva De Lima E Eliane Lopes Da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 13/09/1989 (28 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vereador Antonio Lucio,12,Cidade Nova, tendo como ponto de referência: , na cidade de MAMANGUAPE/PB, fone(s) para contato (83) 996813624.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CF art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;

2) DATA DO FATO: 07 de setembro de 2017;

3) HORÁRIO: 18h:30min;

4) LOCAL: BR101-PRÓXIMO AO POSTO SETA nº , bairro: Centro – MAMANGUAPE/PB;

5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV.TARCISIO BURITY, João Pessoa/PB;

6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;

7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELA HABILITADO? SIM;

8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

Veículo marca/modelo: HONDA/BIZ 125 ES, cor: ROSA, placa: NPU0890/PB, ano: 2009/2010, chassi 9C2JC4220ARD04471 em nome de SIONE CONCEIÇÃO SILVA

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE estava conduzindo a motocicleta descrita, no local em referência, quando estava se dirigindo a colocar em alerta pra entra em outra rua que liga a BR, outra motocicleta colidiu com a sua deixando o noticiante ao solo, QUE o comunicante sofreu acidente de trânsito e o outro condutor depois pegou a sua motocicleta e evadiu-se do local sem prestar socorro, QUE o noticiante após o acidente foi por conta própria ao Hospital Geral de Mamanguape e em seguida removido ao COPLEXO HOSPITALAR Mangabeira Gov.Tarcisio Burity de João Pessoa onde evidenciou-se segundo laudo médico com FRATURA DIAFISARIC DA RADIOL-CID-S52.3, QUE foi submetido a cirurgia e recebeu alta hospitalar no dia 13/09/2017.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim escrivâ(o) que digitei.

Osvaldo Calixto de Lima Neto
OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO
Comunicante

RECORTE
COMPREV PREVIDÊNCIA S.P.
13 JUN. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Euribes Fagundes de Oliveira
EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA
ESCRIVÃO Ad Hoc – Mat. nº 5764

Rua Escritor Lima Pinto nº 18, Campo, Mamanguape/PB telefone: 3292-2604





Endereço: RUA WALFRIDO DE ALMEIDA E SILVA, sn, PB 057, MAMANGUAPE - PB, 58280-000

Tel: 32929050

CNES: 7666772

Paciente OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO	BAE 223208	Data/Hora Entrada 07/09/2017 18:18:09	Data Baixa
Data de nascimento 13/09/1989	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 166052255630000
Mãe ELIANE LOPES DA SILVA			
Endereço MANOEL FERNANDES, SN - CASA	Bairro PROJETADA	Município MAMANGUAPE	UF PB
Acidente	Motivo QUEDA	Profissional BRUNO BRAGA ABRANTES DE SA	Nº Cons. Regional 7674/PB
Data/Hora Classificação 07/09/2017 18:27:25		Data/Hora Prescrição 07/09/2017 18:41:23	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO APRESENTA DOR INTENSA E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Exame Físico

CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNEICO E ACINÓTICO

CID10

Código	Descrição
Z00.0	Exame médico geral

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?**Conduta**

Em observação

SUS PCD

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BRUNO BRAGA ABRANTES DE SA
(7674/PB)

OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

JOAQUIM C. MOREIRA AGUIAR
17/09/2018 10:07:46
COTEPB 049096

Sens. Dr. N. Antônio Braga Elemeira

Franc. Moreira 101mz Q 1032 Se 07-2



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: 04/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000109141-9

Nr. da Autenticação 5A939C6124FEBE80



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592>
Número do documento: 20103011155391500000034482592

Num. 36111738 - Pág. 11

ELIANE LOPES DA SILVA
RUA VEREADOR ANTONIO LUCIO, 12 - CID NOVA
MANAUS/AM/CEP: 69080000 (AG: 14)



Emissal 14/02/2018 Referência: Flev 2018
Classe/Subcl.: RESIDENCIAL-BÁRA RENDA MONOFÁSICO
Resid.: B- 14 - 115 - 4360. N°medida: 00008572475

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br-200, Km-25, Centro Residencial, João Pessoa/PB - CEP:58071-690
CNPJ:08.325.183/0001-46 - Insc Est: 16.015.023-6
Nota Fiscal ICMS de Energia Elétrica nº 0020.074.228
Cód. para SAA: Automaática: 60007001263

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acessar: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	14/02/2018	15/03/2018	73911470444 Int. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/785626-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Levou chuva no chuveiro? Hora de chamar um eletricista de confiança. Não ariske a fazer sozinho. Dê um barrete de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias	
Data 15/01/18	Leratura 10518	Data 14/02/18	Leratura 15749	1	
Demonstrativo					
CC Descrição Quantidade Tarifa Valor Base Calc Alq. Km/R\$ Boleto Calc Fez/R\$ Cálculo R\$					
		Totaliza Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS % ICMS P/Calculo(R\$) (1,100%+0,100%)			
0801	Consumo até 30kWh-BR	30.000,0295240	7,82 77	2,05 7,82	0,08 0,40
0801	Consumo -31 a 100kWh-BR	70.000,0425250	30,58 27	8,23 30,58	0,34 1,58
0801	Consumo -101 a 230kWh-BR	120.000,0585720	78,44 27	21,18 78,44	0,88 4,08
0801	Consumo acima de 230kWh-BR	11.000,0720370	7,88 27	2,18 7,88	0,08 0,41
0810	Subídio	40,91	46,81 27	12,54 46,81	0,54 2,43
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA	10,98	0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0804	JUROS DE MORO 12/2017	1,67	0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0805	MULTA 12/2017	2,74	0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2017	1,38	0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0900	Deságua Em Subida	31,21	0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 157,93 171,38 46,26 171,38 192 6,99

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
718	21/02/2018	R\$ 157,03

Histórico de Consumo (kWh)
204 | 210 | 180 | 277 | 228 | 230 | 221 | 188 | 180 | 227 | 218 | 227
Fev/17 Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18

RESERVADO AO FISCO
b48a.Ocaf.d785.3089.6644.665b.83ac.f087.

Indicadores de Qualidade		12/2017 - Relatório		Composição do Consumo	
Limites da ANEEL	Ajurado	Unidade de Tensão (V)	Discriminação	Valor R\$	%
0,47	0,00	HOMOLOGADA	Serviços de Distribuição de Energia Elétrica	31,65	20,25
12,94			Consumo de Energia Elétrica	37,58	23,93
35,08			Serviço de Transmissão de Energia Elétrica	4,89	3,11
2,67	0,00	CONTATADA	Encargos Sistêmicos	8,80	5,80
2,75		LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	73,87	47,11
14,70	0,00	LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
3,50			Total	157,03	100,00
12,22			Valor do IEDU (R\$ 12/2017) R\$ 40,42		

ATENÇÃO

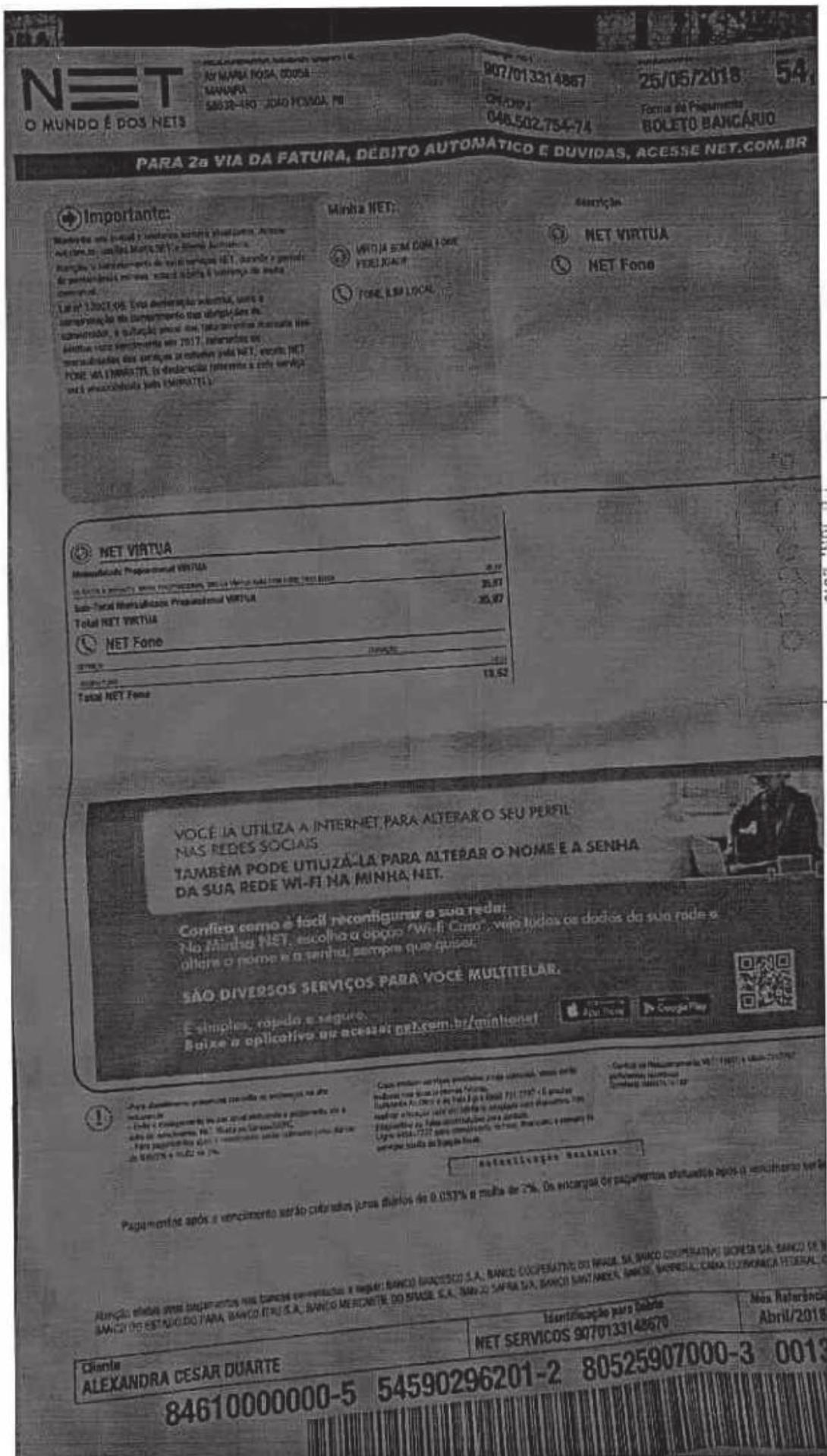
REAJUSTO DE VENCIMENTO: Caso o(s) fatura(s) acima relacionado(s) permaneçam a(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 01/03/2018. Confirme Resolução nº 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão de fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, deve considerar essa informação. Fatura sujeita a inclusão em Arquivos de protesto ou credito no caso de não pagamento. - Sua unidade foi faturada como Básica Renda, sendo um desconto de R\$ 31,21.

Faturas em atraso
Jan/18 157,08

energisa PARÁ
Rodovia: B- 14 - 175 - 4360
Número: 785626-2018-02-3
VENCIMENTO 21/02/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 157,03



COMPETE
PROTÓCOLO
AG.
18 JUN. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54

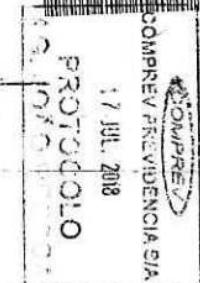
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592>

Número do documento: 20103011155391500000034482592

Num. 36111738 - Pág. 13

Data do documento 13/12/2017	Nº Documento 711793755	Prévia de DM	Prévia de H	Data da emissão 18/12/2017	Total R\$ 103.0010.9532,7
União Civil/00	Cartório 109	Operar BS	Operar BS	Via de Enviamento Correio	Valor da Multa 108,01
Observações/Anotações					
S/C Caixa - Cobrar multa de R\$ 1,16 - Cobrar juros de R\$ 0,04 ao dia					
Pajato: Oswaldo Calixto De Lima - 14.050.004-60 CONJ MANOEL FERNANDES, QD 02 LT 02 - EM FRENTE A QUADRA Manaus - 2508501 - PB - CEP: 58286900					
Lado para Autenticação mecanica: Ficha de Compensação					

Recado/Aviso:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592>
 Número do documento: 20103011155391500000034482592

Num. 36111738 - Pág. 14

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 009.534.985



Luz, Informação, Realização
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-6

DADOS DO CLIENTE

ELIANE LOPES DA SILVA
RUA VEREADOR ANTONIO LUCIO 12
MAMANGUAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/785626-3

REFERÊNCIA

JUL/2018

APRESENTAÇÃO

17/07/2018

CONSUMO

207

VENCIMENTO

24/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 146,08

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

ELIANE LOPES DA SILVA

Rotelro: 08-014-175-4360

83650000001-0 46080054000-3 07856262018-3 07800014019-0



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
24/07/2018	R\$ 146,08	785626-2018-07-8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592>

Número do documento: 20103011155391500000034482592

Num. 36111738 - Pág. 15

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento seu valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bilhete para simples pagamento da sua fatura/carta de energia elétrica - Nº 011.036.535



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 18.015.633-0

DADOS DO CLIENTE

ELIANE LOPEZ DA SILVA
RUA VEREADOR ANTONIO LUCIO 12
MAMANGUAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/785626-3

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2018	16/08/2018	171	23/08/2018	R\$ 137,32

Acesse: www.energisa.com.br



ESTÁQUE AQUI

ELIANE LOPEZ DA SILVA
Roteiro: 08-014-175-4360
83690000001-6 37320054000-4 07856262018-3 08600014019-3



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
23/08/2018	R\$ 137,32	785626-2018-08-6



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592>
Número do documento: 20103011155391500000034482592

Num. 36111738 - Pág. 16



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ 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 resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Osvaldo Calixto Jr. Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.656.604-69 do sinistro de DPVAT cobertura univaleuz da Vítima Osvaldo Calixto Jr. Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.656.604-69 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Av. Manoel Rosa</u>	Número	<u>58</u>	Complemento
Bairro	<u>Manauá</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado
Email	<u>Zeduardosilva@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>99340-1170</u>	Telefone celular (DDD)

José Eduardo da Silva de Junho de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017





Paciente: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO	Nºm. BE: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO	Profissional:
Motivo da atendiment: QUEDA	Data/Hora Início: 07/03/2017 18:27:18	Data/Hora Fim: 07/03/2017 18:27:18
Professional: ELIDA GONCALVES DE BRITO	Classificação: AMARELA	

Classificação de risco

Data / Hora: 07/03/2017 18:27:18

Fluxograma DEFORMIDADE GROSSEIRA

Justificativa:

Sinais Vitais

Queixa Principal: QUEDA MOTO

Frequência Cardíaca (BPM):

Pressão Arterial Sistólica: 100.00

Cor da Pele: NORMAL

Frequência Respiratória (MRPM):

Pressão Arterial Diastólica: 60.00

Temperatura Corporal:

Hemoglícose (HGT):

Saturação (spO2):

Peso:

Altura (cm): 0

Uso de medicamento / Comorbidade

Observação:

Glasgow

Abertura Ocular (AO):

Melhor Resposta Verbal (MRV):

Melhor Resposta Motora (MRM):

Índice Glasgow: 6 *

Escala de Dor

Intensidade da Dor: 0





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592>

Número do documento: 20103011155391500000034482592

Num. 36111738 - Pág. 19



ENCAMINHAMENTO/REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE

Para: ORTOPEDIA - *estetica*

Encaminho paciente: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Residente à _____
Telefone _____ para atendimento referente à _____

acompanhante o (a) senhor _____
sendo o mesmo (a) _____ do (a) paciente.

Motivo: PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO APÓS COLISÃO MOTO-MOTO, APRESENTA DOR E DEFORMIDADE IMPORTANTE EM RÁDIO. SOLICITO AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA.

O contato foi realizado com Baldina (coz)

Mamanguape, 07/09/2017

[Signature]
Solicitante





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592>
Número do documento: 20103011155391500000034482592

Num. 36111738 - Pág. 21



NÚMERO DO CADASTRO: 2399628

1 - CPF 2 - CGC

2

102024340000128

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB

BAIRRO: MANGABEIRA II

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA

UF: PARAÍBA

PACIENTE: OSVALDO CALISTO DE LIMA NETO

IDENTIDADE:

IDADE:

ENDEREÇO:

ORIGEM

BAIRRO:

- () PAM _____
 () SES _____
 () SSM _____

DADOS CLÍNICOS *Fratura dos Ossos do Antebraço* ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Rx do Antebraço AP/P

DATA: ____ / ____ / ____

*Dr. Jorge Augusto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 9127-PB
CARIMBO E ASSINATURA*

NÚMERO DO CADASTRO: 2399628

1 - CPF 2 - CGC

2

102024340000128

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB

BAIRRO: MANGABEIRA II

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA

UF: PARAÍBA

PACIENTE:

IDENTIDADE:

IDADE:

ENDEREÇO:

ORIGEM

BAIRRO:

- () PAM _____
 () SES _____
 () SSM _____

DADOS CLÍNICOS *Fratura dos Ossos do Antebraço* ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Rx da Antebraço AP/P

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

*Dr. Jorge Augusto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 9127-PB
CARIMBO E ASSINATURA*





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592>
Número do documento: 20103011155391500000034482592

Num. 36111738 - Pág. 23



CERTIDÃO

Nº. 0032/2018

Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEIXEIRA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº59179 e Prontuário Nº 2017.09.000958 pertencentes a **OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO** que foi atendido dia 07/09/2017 às 20H57min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de galeazzi esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/09/2017 com alta médica dia 13/09/2017.

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

João Pessoa, 09 de janeiro de 2018

Rosangela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 3883





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592>
Número do documento: 20103011155391500000034482592

Num. 36111738 - Pág. 25

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

Ficha Nr: 59179 Aid: Nas Regul.
Data: 07/09/2017
Hora: 20:57:32
Repcionista: GABRIELA DA COSTA SSI
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Name: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO Num. de vezes atendido: 1
Nasc.: 07/09/1989 Num. Prontuario: 2017.09.000958
CNS: 166050255630000 Sexo: M IDENTIDADE: 3671666 Fone: 988973468
Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 13/09/1989 Id: 28 ano(s)
End.: RUA ANTONIO LUCIO QUADRA 02 LOTE 12, JORAIKRO: CIDADE NOVA
Bairro: CENTRO Cidade: MAMANGUAPE UF :PB
Mae: ELIANE LOPEZ DA SILVA Pai: JAIR RICARDO SILVA DE LIMA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupacao: AUTONOMO Estado Civil: NAO INFORMADO
LIV. ACES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Respon: MAP
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Pr. Incuencia: HOSPITAL MAMANGUAPE

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 18:00/MAMANGUAPE

Vitima de violencia por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

PC:

TP:

Peso:

Altura:

Sexo:

IMC:

Altura Abd:

02:

Sintoma Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- Aparecientemente Bem Grava
 Politraumatizado Convulsao
 Hemorragia Dispneia
 Diarreia Agitado
 Regular Chocado
 Vomito
Observacao

Vitima de colisao moto x moto, com fratura em antebraço e

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Relato de sintomas de febre ap cl. acu Fx Gas. Colerosi. Relevante fto clínico.

Diagnostico

Conduta

Fx-Lx Rodio

mt. plato

Prescricao:

Horario da medicacao

COMPREV PREVIDENCIA SIA

18 JUN. 2018

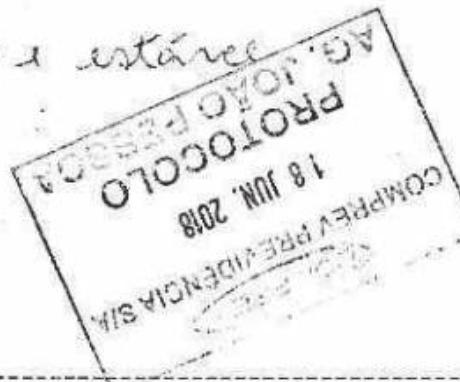
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Psicologia - Paciente aviado e estável
22/06/17
9:30h

Ilona Andrade N. Pombo
Psicóloga
CRP 03/3869



ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Código	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				
105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				
126				
127				
128				
129				
130				
131				
132				
133				
134				
135				
136				
137				
138				
139				
140				
141				
142				
143				
144				
145				
146				
147				
148				
149				
150				
151				
152				
153				
154				
155				
156				
157				
158				
159				
160				
161				
162				
163				
164				
165				
166				
167				
168				
169				
170				
171				
172				
173				
174				
175				
176				
177				
178				
179				
180				
181				
182				
183				
184				
185				
186				
187				
188				
189				
190				
191				
192				
193				
194				
195				
196				
197				
198				
199				
200				
201				
202				
203				
204				
205				
206				
207				
208				
209				
210				
211				
212				
213				
214				
215				
216				
217				
218				
219				
220				
221				
222				
223				
224				
225				
226				
227				
228				
229				
230				
231				
232				
233				
234				
235				
236				
237				
238				
239				
240				
241				
242				
243				
244				
245				
246				
247				
248				
249				
250				
251				
252				
253				
254				
255				
256				
257				
258				
259				
260				
261				
262				
263				
264				
265				
266				
267				
268				
269				
270				
271				
272				
273				
274				
275				
276				
277				
278				
279				
280				
281				
282				
283				
284				
285				
286				
287				
288				
289				
290				
291				
292				
293				
294				
295				
296				
297				
298				
299				
300				
301				
302				
303				
304				
305				
306				
307				
308				
309				
310				
311				
312				
313				
314				
315				
316				
317				
318				
319				
320				
321				
322				
323				
324				
325				
326				
327				
328				
329				
330				
331				
332				
333				
334				
335				
336				
337				
338				
339				
340				
341				
342				
343				
344				
345				
346				
347				
348				
349				
350				
351				
352				
353				
354				
355				
356				
357				
358				
359				
360				
361				
362				
363				
364				
365				
366				
367				
368				
369				
370				
371				
372				
373				
374				
375				
376				
377				
378				
379				
380				
381				
382</				



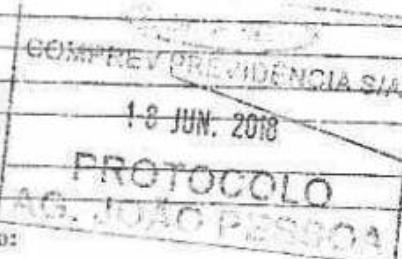
FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

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

QPD:

HBA: Der no aulebreiro e repôr chanc
Sic. Rx.
Rx-Lx galvazi e (expost) aquatio
metamericum suinco.

Medicações em uso: _____



Interrogatório Sintomatológico:

Geral: Febre 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 Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectorado Hemoptise
 Dispneia 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 Deformidade
 Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

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





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592>
Número do documento: 20103011155391500000034482592

Num. 36111738 - Pág. 29



Nome: OSVALDO CALISTO DE LIMA NETO				Registro:
Idade: 28 A	Sexo: M	Cor:	Clinica: <i>Traumatologia</i>	EMP: _____ LR: _____
Data: 13 / 09 / 2017		Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>		2º Assistente: _____		
Anestesista: _____		Instrumentador: _____		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura diafisária do rádio</i>				S52.3

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

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO
<i>Osteossíntese do Antebraço</i>				
				COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
				13 JUN. 2018
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não Descreva: _____				PROTOCOLO <i>AG. JOÃO PESSOA</i>
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Realizado garroteamento de membro superior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região posterior de antebraço dorsolateral de Thompson

Dissecção por planos até foco de fratura

Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização de fratura da diáfise do rádio

Visualização de fratura da diáfise do úlna

Conduta:

Realizada manobra de redução para rádio

Redução de fragmentos ósseos do rádio

Aposição de 01 Placa DCP 3,5mm + 06 parafusos corticais

Realizada manobra de redução pra ulna

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Retirada de garrote de membro superior

Observada boa perfusão periférica

Tala axilopalmar gessada

OBS:

Data: 13/09/2017

COMPRA/PRÉVIA/EXCEPÇÃO
13 JUN 2018
PROTÓCOLO
ADM. 101012
Dr. Jorge Augusto
Ortopedia/Trumatologia
CRM 9127-PB
MÉDICO/CRM

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banco de Rio [] Casa de Taipa
 [] Trauma [] Neo [] Tabagismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
 Dislipidemias _____ V _____**Exame Físico:**Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
 FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

COMPREF/COMPREF/PROVIDÊNCIA S/A

AGU: _____

13 JUN. 2018

SME: _____

PROTOCOLO

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

AG. JOÃO PESSOA

Hipóteses Diagnósticas: *Ex-Lx Galenogibi Cap. e*Conduta: *Ado exame*



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592>
Número do documento: 20103011155391500000034482592

Num. 36111738 - Pág. 33



LAUDO MÉDICO / RESUMO DE ALTA

NOME OSVALDO CALISTO DE LIMA NETO						PRONTUÁRIO N°
IDADE 28 A	SEXO M	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITE	
DATA DE ADMISSÃO 07/09/2017			DATA DE ALTA 13/09/2017		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária do Rádio</i>						CID <i>S52.3</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>						
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução da continuidade óssea da diáfise do rádio</i>						
PÉUTICA MEDICAMENTOSA		<i>REG. FREN</i>				
ANATOMIA PATOLÓGICA		COMPREV/ PREVIDÊNCIA S/A				
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		18 JUN. 2018		COLETA DE MATERIAL () SIM () N.º O		
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO		PROTÓCOLO <i>AG. 10 A PEDIDO DO PAC. 1 CURADO</i>				
ÓBITO						
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador(a) de fratura de rádio foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.						
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA ESTA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc.. POUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.						
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no fujar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.						
MEDICAÇÕES PARA CASA: Deocil						
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.						
13/09/2017 DATA						
Dr. Jorge Augusto Ortopedista/traumatologista CRM 6122-70						
ASS. MÉDICO / C.R.M						
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO						



		<p style="text-align: center;">COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 18 JUN. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>																																						
<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL</td> </tr> <tr> <td>REGISTRO GERAL</td> <td>3.671.666</td> <td>DATA DE EXPEDIÇÃO</td> <td>20/06/2008</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NOME</td> <td colspan="2">OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FILIAÇÃO</td> <td colspan="2">JAIR RICARDO SILVA DE LIMA ELIANE LOPES DA SILVA</td> </tr> <tr> <td>NATURALIDADE</td> <td colspan="3">DATA DE NASCIMENTO</td> </tr> <tr> <td>MAMANGUAPE-PB</td> <td colspan="3">13/09/1989</td> </tr> <tr> <td>DOC. ORIGEM</td> <td colspan="3">NASC.N.20477 FLS.142V LIV.A25</td> </tr> <tr> <td>CARTÓRIO</td> <td colspan="3">MAMANGUAPE PB</td> </tr> <tr> <td>CPF</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <small>Assinatura do Diretor Data: 18/06/2018</small> </td> </tr> </table>			VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REGISTRO GERAL	3.671.666	DATA DE EXPEDIÇÃO	20/06/2008	NOME		OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO		FILIAÇÃO		JAIR RICARDO SILVA DE LIMA ELIANE LOPES DA SILVA		NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO			MAMANGUAPE-PB	13/09/1989			DOC. ORIGEM	NASC.N.20477 FLS.142V LIV.A25			CARTÓRIO	MAMANGUAPE PB			CPF				<small>Assinatura do Diretor Data: 18/06/2018</small>			
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL																																								
REGISTRO GERAL	3.671.666	DATA DE EXPEDIÇÃO	20/06/2008																																					
NOME		OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO																																						
FILIAÇÃO		JAIR RICARDO SILVA DE LIMA ELIANE LOPES DA SILVA																																						
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO																																							
MAMANGUAPE-PB	13/09/1989																																							
DOC. ORIGEM	NASC.N.20477 FLS.142V LIV.A25																																							
CARTÓRIO	MAMANGUAPE PB																																							
CPF																																								
<small>Assinatura do Diretor Data: 18/06/2018</small>																																								



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592>
 Número do documento: 20103011155391500000034482592

Num. 36111738 - Pág. 35



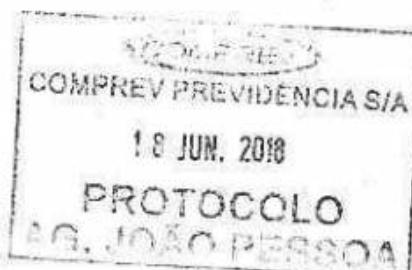
12578

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

JOSÉ EDUARDO DA SILVA
Fluviô

JOSEFA GERVASIO DA SILVA
SANTOS
JOÃO PESSOA-PB
1.654.862 - SSP/PIB
100011155391500000034482592
NÃO

492.555.024-31
02/04/2027
492.555.024-31
02/04/2027
ITAL REGRAS
10/04/2015



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592>
Número do documento: 20103011155391500000034482592

Num. 36111738 - Pág. 36

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180279340 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO **Data do acidente:** 07/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes: APRESENTA DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

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
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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180279340 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO **Data do acidente:** 07/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes: APRESENTA DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

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
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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Orlando Celso de Souza Neto
brasileiro(a), estado civil federal profissão
eletricista + mercenário RG nº 3621.666,
CPF/MF nº 094656601-69 residente e domiciliado(a) à Rua
Convento Manoel Fernandes (20 02) 1712,
Cidade de Curitiba/PR Estado Paraná, CEP: 58280000, telefone
83 99854-2280 * 986634000

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPRE A PREVIDÊNCIA S/A

12 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG 1000 PESSOA

Momanganquepe, 29 de octubre de 2002

~~Boldo Costa de Lima neto~~

OUTORGANTE





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08001397220198152001

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 **OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO**, 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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.

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 28 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155444400000034482593>
Número do documento: 20103011155444400000034482593

Num. 36111739 - 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 - 30/10/2020 11:15:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155444400000034482593>
Número do documento: 20103011155444400000034482593

Num. 36111739 - Pág. 2