



Número: **0801477-41.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **19/02/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---|--------------------|---|-------------------|
| LENILTON LUCAS VICENTE PIRES (AUTOR) | | ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO) | |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU) | | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) | |
| RAFAEL LARA DE FREITAS (TERCEIRO INTERESSADO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 35375 517 | 03/12/2020 11:26 | Petição | Petição |
| 37420 277 | 03/12/2020 11:26 | 2704460_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02 | Outros Documentos |
| 37420 278 | 03/12/2020 11:26 | 2704460_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01 | Outros Documentos |

EM ANEXO





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, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190573502

Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LENILTON LUCAS VICENTE 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

Carta nº 14862446

Pag. 01723/01724 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190573502 Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

Data do Acidente: 14/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

| | |
|---------------------------------|--|
| Autorização de pagamento | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue informa endereço diferente do comprovante de residência. |
|---------------------------------|--|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01801/01802 - carta_03 - INVALIDEZ

00050901



Carta nº 14864758





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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190573502

Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LENILTON LUCAS VICENTE 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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001010

Conta: 0000037868-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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, retorne 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 (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 708.415.424-81 Nome completo da vítima: Benilton Lucas Vicente Pires
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSSEP Nº 445/2012
Nome completo: Benilton Lucas Vicente Pires CPF: 708.415.424-81
Profissão: motorboy Endereço: R. Manoel Rodrigues de Lacerda Número: 108 Complemento: casa
Bairro: gramame Cidade: João Pessoa Estado: P.B. CEP: 58059732
E-mail: _____ Telefone: 83-999219283

DADOS CADASTRAIS

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

RECEITA MENSAL: ☒ RECURSO 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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 1010 CONTA: 379681

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Indicar o dígito se existir) (Indicar 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda 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: _____ 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.

Local e Data: João Pessoa 19-09-2019
Nome: Benilton Lucas Vicente Pires
CPF: 708.415.424-81

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Benilton Lucas Vicente Pires
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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

FPS.001 V001/2018



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10825.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10825.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:57 horas do dia 18 de setembro 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Lenilton Lucas Vicente Pires**, RG nº 4131181 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Motoboy, filho(a) de Luciana Vicente da Silva e Pai Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 09/08/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel Rodrigues de Lacerda, Nº 108, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98628-2381.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo Ao Mercado Central, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/12/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

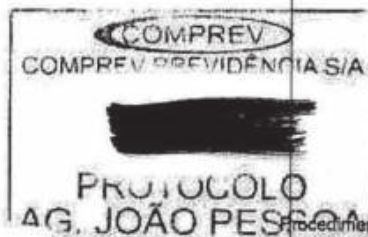
QUE, segundo o declarante no dia 14/12/2018 por volta das 16:00 horas quando transitava, pelo bairro de Mangabeira VIII - próximo ao Mercado Central, João Pessoa-PB, com o veículo tipo HONDA/CG 160 FAN ano/mod: 2018/2018, de cor preta de placa: QSC2165/PB CHASSI: 9C2KC2200JR160878 pertencente ao Sr. José Junior Vicente da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando um veículo não identificado/que evadiu-se do local colidiu na traseira da moto conduzida pelo declarante. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo por terceiros ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 0552/2019, FRATURA EXPOSTA DE PÉ DIREITO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA CRM 2959/PB.

Sendo o que havia a constar, científico(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê,

João Pessoa/PB, 18 de setembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

LENILTON LUCAS VICENTE PIRES
Noticiante



Procedimento Policial: 10825.01.2019.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 708.415.424-81 Nome completo da vítima: Benilton Lucas Vicente Pires
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSSEP Nº 445/2012
Nome completo: Benilton Lucas Vicente Pires CPF: 708.415.424-81
Profissão: motorboy Endereço: R. Manoel Rodrigues de Azevedo Número: 108 Complemento: casa
Bairro: gramame Cidade: João Pessoa P. 3 CEP: 58059732
E-mail: _____ TEL/FONE: 83-999219283

DADOS CADASTRAIS

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

RECEITA MENSAL: ☒ RECURSO 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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 1010 CONTA: 379681

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinado, 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) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ 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.

Local e Data: João Pessoa 19-09-2019
Nome: Benilton Lucas Vicente Pires
CPF: 708.415.424-81

(*) Assinatura de quem assina A RGO

X Benilton Lucas Vicente Pires

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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

FPS.001 V001/2018



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

Ficha Nr: 190255 Atd: Nao Regula
Data: 14/12/2018
Hora: 16:46:53
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENTO
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES Num. Prontuario: 2018.12.001644
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4131181 SSP PB Fone: 986282381
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/08/1998 Id: 20 ano(s)
End.: RUA MANOEL RODRIGUES DE LACERDA (LOT 86UL), 108
Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: LUCIANA VICENTE DA SILVA Pai: LENILTON PIRES DA SILVA
Raca: Parda Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: CASADO(A)
Ocupação: DESEMPREGADO
INFORMACOES DE ENTRADA TC: 19/12/18
Resp.: A ESPOSA-EVELYN NATHALIA
Tel/Doc. Responsavel: 0 SEM DOCUMENTO
Pr. Agência: RUA

Transporte utilizado: CARONA
Vitima de acidente por: COLISAO CARRO+MOTO*CONDUTOR HA 20MIN.
Vitima de violência por: EM MANG.VIII-PROX.MERC.CENTRAL
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR: **COMPREV**
FC: TP: **COMPREV PREVIDENCIA S/A**
Peso: Altura: **08 OUT. 2019**
Glicemia: IMC: **PROTUCOLO**
Circ. Abd: O2%: **AG. JOAO PESSOA**

Queixa Principal

COLISAO MOTO X CARRO, COM CORTE CONTUSO EM MID

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispnéia
[] Diarreia **COMPREV**
[] Regular **PREVIDENCIA S/A**
[] Vômito

Observação **PROTUCOLO**
AG. JOAO PESSOA

AFINNA INCOGSA A. WOLLA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de colisão moto x carro, do tipo motociclista, sem uso de capacete, seguiu no momento em que estava em movimento. Ao ser atingido, sofreu lesões contusas com corte contuso em membro superior direito. Não houve perda de consciência.

Diagnostico [] Conduta

- Lesão por corte contuso de membro superior direito

Prescrição

[] Horário da medicação

- Rx
- Analgésico de 1º grau
- Glicina 3g + 100ml
- Doripen 100mg + 100ml

- Sól 5.000 UI - Im
- Supleno 15 + SPAS 200mg
Ronney A. Braga dos Santos
Médico Cirurgia Geral
CRM-PB 8572
- SPAS 100mg + Tramal 100mg - 10/12/18

17:20
Fátima Bezerra
Médica Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11128

14/12/18 17:22h - Onipront

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Paciente Jma de Acurio Monica
Apresentando dor e fúria na Pi (F)
do seio fino do lado esquerdo, fúria
na região dorsal do Pe (D) e
zona A. Externos dos dentes

Medicamentos indicados em

De 2, 3, 4 e 5 ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtdet Medicamentos Dose Horário Evolução

CO. Ao SC. 91 70

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

08 OUT. 2019

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UT
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVC

Suelio Nathaniel Evangelista da Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo d



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: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000037868-1

Nr. da Autenticação 4C0B3FD4B5F72C6C



BOLETO PARA PAGAMENTO

Devedor tem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Boleto para settled pagamento da nota fiscal de energia elétrica - Nº 030.893.269



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.085.183/0001-40 - Ins. Est. 16.019.433-4

DADOS DO CLIENTE

LUCIANA VICENTE DA SILVA
RUA DAS NOLINAS S/N QD: 229 / LT: 427
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1211526-7

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

11/09/2019

CONSUMO

177

VENCIMENTO

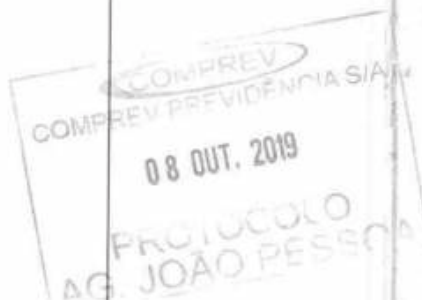
16/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 148,36

Acesse: www.energisa.com.br

| | | | | |
|---|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL | | | | |
| 00190.00009 03150.244006 00474.278173 4 80440000014836 | | | | |
| Pagador: LUCIANA VICENTE DA SILVA CNPJ/CPF: 013.857.254-27 | | | | |
| RUA DAS NOLINAS S/N QD: 229 / LT: 427 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58000-000 | | | | |
| Nosso-Número | Nr Documento | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
| 31502440000474278 | 001211526201909 | 16/10/2019 | R\$ 148,36 | |
| BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA | | | | 08.085.183/0001-40 |
| 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 - 03/12/2020 11:26:16

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311261654000000035704568>

Número do documento: 20120311261654000000035704568

Num. 37420277 - Pág. 10

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é seguido-via de conta.

Recibo para serviços prestados com fatura de energia elétrica. Nº 028.181.504



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
R. 225, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 06.006.183/0001-40 Insc. Est. 16.016.023-8

DADOS DO CLIENTE

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO

AV JOAO MACHADO 553 SL 127

JOAO PESSOA

CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR

5/1313928-2

| REFERENCIA | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|------------|--------------|---------|------------|---------------|
| AGO/2019 | 08/08/2019 | 144 | 15/08/2019 | R\$ 130,20 |

Acesse: www.energisa.com.br

| | | | | |
|---|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/08/2019 | | | | |
| Pagador: ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO CNPJ/CPF: 056.310.264-08 | | | | |
| AV JOAO MACHADO 553 SL 127 - CENTRO - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000 | | | | |
| Nosso-Número | Nr Documento | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
| | 001313928201908 | 15/08/2019 | R\$ 130,20 | |
| BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA | | | | 08.095.183/0001-40 |
| BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 | | | | |
| Agência / Código do Beneficiário: | | | | |

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
08 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
PROTOCOLO
JOAO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:26:16

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311261654000000035704568>

Número do documento: 20120311261654000000035704568

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capital e regiões metropolitanas: 0800-1306 / Outras regiões: 0800-822 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 88 | SAC (para denúncias anônimas e de fato): 0800 822 12 04 | Central Ouvidoria: 0800 022 81 88

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/BIBLIOTECAMER/DOCORIGINAL.ASP?XTIPO=1&CODIGO=28636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata de 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 de 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 9.513/96.

Pelo exposto, eu GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 021.197.984 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Hamilton Lucas Zicente Pires

Inscrito (a) no CPF sob o nº 708.415.424 / 81

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez

da vítima Hamilton Lucas Zicente Pires

Inscrito (a) no CPF sob o nº 708.415.424 / 81, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa 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. 298 do Código Penal.

| | | |
|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| Endereço: <u>AV. JOÃO MARINHO</u> | Número: <u>553</u> | Complemento: <u>SMA 127</u> |
| Bairro: <u>Centro</u> | Cidade: <u>JOÃO PESSOA</u> | Estado: <u>PB</u> |
| E-mail: _____ | CEP: <u>58000-000</u> | Tel.(DDD): <u>(83) 99921-9283</u> |

Local e Data: JOÃO PESSOA, 09 DE SETEMBRO DE 2019

Giullyana Flávia de Amorim Nobrega
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPANHIA PREVIDÊNCIA S/A

08 OUT. 2019

Fra. João
AG JOÃO PESSOA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu JOSE JUNIO VICENTE DA SILVA

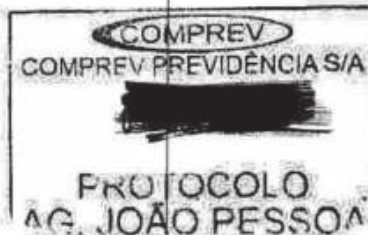
RG nº 2101822 data de expedição 26/05/98 Órgão SSP-PB
portador do CPF nº 024.958.404-26 com Domicílio na
cidade de J. PESSOA no Estado de PARAIBA onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. Elísio Henriques nº 158 J. AMÉRICO
nº 158 complemento cora declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Bernilton Lima Vicente Pin
cujo o condutor era _____

Veículo: Passimotociclete/Vao APLIE
Ano: 2018
Modelo: Honda 1cc 160 FAN
Placa: ASP 21651 PB
Chassi: 9C2KC22007R160878
Data do acidente: 14/12/2018

Local e data: 14-12-2018

JOSE JUNIO VICENTE DA SILVA
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

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





MAGNETOM

- Ressonância Magnética
- Tomografia Multislice
- Ultrassonografia

Nome: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES
Convênio: PARTICULAR
Médico Solicitante: REQUISIÇÃO PRÓPRIA

ULTRASSONOGRÁFIA DO PÉ DIREITO

Pele e tecido celular subcutâneo de aspecto habitual.

Fáscia plantar de espessura e aspecto normais.

Tendões extensores do 2º, 3º e 4º pododáctilos apresentando ecotextura heterogênea, com predomínio de hipocogenicidade difusa, espessamento e perda da continuidade de suas fibras, mais evidente no 2º e no 3º, que apresentam respectivamente 1,6 mm e 1,8 mm de distância entre os cotos tendíneos, associados a edema de partes moles e derrame articular adjacentes.

Tendões do flexor longo e curto dos dedos de espessura e ecotextura normais.

Ausência de massas e coleções.

CONCLUSÃO:

- Tenossinovite dos extensores do 2º, 3º e 4º pododáctilos.
- Rotura completa dos tendões extensores do 2º e 3º pododáctilos.
- Rotura parcial do tendão extensor do 4º pododáctilo.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

08 OUT. 2019

João Pessoa, 05 de Junho de 2019

DR. Thiago Bertoni Marchito
CRM - 7531 PB

Dr. Carlos Ferreira Neto II - CRM 5962-PB
Dr. Henrique Queiroga Cortaxo - CRM 4146-PB
Dr. Italo Miranda Pereira - CRM 5806-PB
Dr. Marcílio Mendes Cortaxo - CRM 2044-PB
Dr. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues - CRM 7884-PB
Dr. Océlio Queiroga Cortaxo Filho - CRM 5056-PB
Dr. Pedro Guedes Pereira - CRM 5033-PB

MAGNETOM SAMARITANO

Av. Santa Júlia, 35 - Torre - João Pessoa - PB - CEP 58.040-450
Fones: Ressonância (83) 3244-6968 - Tomografia (83) 3244-2988

MAGNETOM PRAIA

Av. Sen. Ruy Carneiro, 234 - Miramar - João Pessoa - PB - CEP 58.032-101

Tel.: (83) 3247-3111

www.magnetom.com.br - Email: magnetom@magnetom.com.br





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | | | |
|--|------------|--------------------------|---------------------------|------------------------------------|-------|
| OME: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES | | | | PRONTUÁRIO Nº | |
| IDADE: 20 ANOS | SEXO: MASC | COR | CLÍNICA: Ortopedia | ENF | LEITO |
| DATA DE ADMISSÃO: 02/01/2019 | | DATA DE ALTA: 25/01/2019 | | TEMPO DE PERMANÊNCIA | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura DO 2, 3, 4 E 5 METATARSO DIREITO | | | | CID: S.92 | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo | | | | 08 OUT. 2019 | |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS | | | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES: Rx do Pé esquerdo demonstrando solução de continuidade óssea de metatarso | | | | | |
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA | | | | | |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | | | | | |
| INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO | | | | COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO | |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA | | | | | |
| CONDIÇÕES DE ALTA: (X) MELHORADO () NÃO MELHORADO () CURADO () ÓBITO | | | | | |
| RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES): Paciente portador(a) de fratura DO 2, 3, 4 E 5 METATARSO do pé direito submetido(a) a tratamento CIRÚRGICO ATRAVÉS DE REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS DE KIRSCHNER. 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 | | | | | |
| DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc... | | | | | |
| REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 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 lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar. | | | | | |
| MEDICAÇÕES PARA CASA: AINES + ciprofloxacino | | | | | |
| RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (DR. ALISSON) | | | | | |
| 26/01/2019 DATA | | | | | |
| 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 | | | | | |





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Leilton Lucas
Vicente Pires

Paciente submetido a Tratamento Cirúrgico de fratura grave de múltiplos metatarsos Pé Direito há ± 3 meses. Evolui com fratura consolidada e dor com limitação funcional no pé direito. Recebe alta ambulatorial.

Assinatura e Carimbo

610 5923
22/03/19

Dr. Anderson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 68130/DF-PE 17806
SSOT 26141





CERTIDÃO

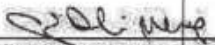
Nº. 0552/2019

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº 190255 e Prontuário nº 2018.12.001644 pertencentes a **LENILTON LUCAS VICENTE PIRES** que foi atendido dia 14/12/2018 às 16H46min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de pé direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 14/12/2018 com alta médica dia 26/01/2019.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de abril de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | |
|---|-------------------------------|----------------|---------------------|---------------------------------|-----|
| Nome: | | | | Registro: | |
| Idade: | Sexo: <i>M</i> | Cor: <i>P</i> | Clínica: <i>ORT</i> | EMP: | LR: |
| Data: <i>14/12/18</i> | Cirurgião: <i>COUTO-SILVA</i> | | | 1º Assistente: | |
| 2º Assistente: | | 3º Assistente: | | Instrumentador: <i>EXILLINO</i> | |
| Anestesista: <i>Robert</i> | Tipo Anestesia: <i>Dólar</i> | | Horário: I: T: | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| <i>ferimento traumático</i> | | | | | |
| <i>no dorso, do 1º e 2º</i> | | | | | |
| <i>dedos e ferido</i> | | | | | |
| <i>ferimento de 1º e 2º</i> | | | | | |
| <i>dedos e ferido</i> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| <i>do 1º</i> | | | | | |
| <i>1º DCS</i> | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | CÓDIGO | |
| <i>limpeza + desbridamento</i> | | | | | |
| <i>do ferimento</i> | | | | | |
| <i>de 1º e 2º dedos</i> | | | | | |
| <i>do dorso e ferido</i> | | | | | |
| <i>do 1º e 2º</i> | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não | | | | Descreva: | |
| Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não | | | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: | | | | | |
| 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |

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



| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA | |
|-----------------------|--|
| Posição e Preparo: | Paciente em posição ortopedica, com a perna esquerda elevada e fixada no suporte, com a pele limpa e seca. |
| Incisão: | Excisão da pele localizada na região da perna esquerda. |
| Achados: | Perda de pele de 4x3 cm na região da perna esquerda. |
| Conduta: | Sutura da ferida com fio 4/0 e 3/0, com drenagem da ferida. |
| Fechamento: | Sutura da ferida com fio 4/0 e 3/0, com drenagem da ferida. |
| OBS: | |

Data: 1 / 1

Dr. José Zulenberg C. da Lima
033 004724
Hospital Unimed PB
MÉDICO/CRM

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





AT 241401

TERMO DE ALTA A PEDIDO

O abaixo assinado, Benilton Lucas Vicente Pires pessoa responsável pelo(a) paciente, O mesmo certifica que deixa o **COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA**, por livre e espontânea decisão, contra o parecer do Médico Assistente e da Administração do Hospital. Declara, outrossim, que foi informado(a) dos riscos envolvidos e, pelo presente, isenta o Médico Assistente, o Hospital e o corpo de funcionários de qualquer responsabilidade pelo que possa ocorrer decorrente do seu ato.

Obs: Paciente orientado quanto aos riscos, decorrente do seu ato, assumindo inteira responsabilidade pelo seu ato.
O mesmo saiu acompanhado de sua companheira João Pessoa, 29/12/2018

Assinado
Obs: O mesmo diz que vai fazer a cirurgia Particular.

x Benilton Lucas Vicente Pires
Assinatura do (a) Paciente ou Responsável
RG: 4131.181 SSP.PB.

x Evelyn Rodrigues Evangelista da Silva
Assinatura do (a) Funcionário (a)
Companheira.

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



PARAIBA

LAZARION LUCAS VICTORIN PERES

1631895073

06994540117

26/02/2019

26/01/2019

PARAIBA

1631895073

JOÃO PESSOA, PE

26/01/2019

PARAIBA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
08 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.668.291 - 2 VIA DATA DE EMISSÃO 15/02/2011

NOME GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM MOURA

FILIAÇÃO LUIZ GONÇAGA DE AMORIM MARIA DE FÁTIMA PINTO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 07/02/1985

DOC. CRIANÇA CRIANÇA N. 18758 37 FLS. 058 LIV. 053

CANTORIO 1º JOÃO PESSOA-PB

CPF 011.197.984-69

Assinatura: *João Pessoa - PB*

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

08 OUT. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-236

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Giullyana Flávia de Amorim Moura

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190573502 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS DOS OSSOS DO PÉ DIREITO (2º, 3º, 4º E 5º METATARSOS)

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DOS DEDOS 2º, 3º, 4º E 5º DEDOS), DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DOS METATARSOS, PORÉM RESULTOU EM RETRAÇÃO CICATRICIAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DOS DEDOS DO PÉ COM PERDA DE FORÇA MOTORA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/10/2019

Conduta mantida:

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 pés | 50 % | Em grau leve - 25 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190573502 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS DOS OSSOS DO PÉ DIREITO (2º, 3º, 4º E 5º METATARSOS)

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DOS DEDOS 2º, 3º, 4º E 5º DEDOS), DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DOS METATARSOS, PORÉM RESULTOU EM RETRAÇÃO CICATRICIAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DOS DEDOS DO PÉ COM PERDA DE FORÇA MOTORA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 pés | 50 % | Em grau leve - 25 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190573502 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE METATARSOS (2º AO 5º) DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1(EXAME) P.2(ALTA) P.3,4(RELATÓRIO) P.5-6(CIRURGIA) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 pés | 50 % | Em grau médio - 50 % | 25% | R\$ 3.375,00 |
| Total | | | 25 % | R\$ 3.375,00 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190573502 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE METATARSOS (2º AO 5º) DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1(EXAME) P.2(ALTA) P.3,4(RELATÓRIO) P.5-6(CIRURGIA) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 pés | 50 % | Em grau médio - 50 % | 25% | R\$ 3.375,00 |
| Total | | | 25 % | R\$ 3.375,00 |



PROCURAÇÃO

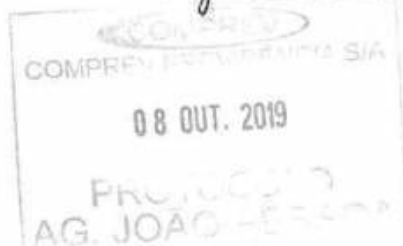
Outorgante: Lenilton Lucas Vicente Pires, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão estudante, residente e domiciliado à Rua Osvaldo de Oliveira nº 107, bairro Alto do Moteus, Município de São Paulo, Estado de (o) PR, Cep: 708.415.424-81, portador(a) do Rg nº 4.131.181, SSP/ e CPF nº 708.415.424-81

Outorgado: Guiliana Flávia de Almeida Móbica, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Av. João Manoel, nº 553, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) PR, Cep: 58000-000, portador(a) do RG nº 2668291, SSP/ e CPF nº 011-197.984-69

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Lenilton Lucas Vicente Pires, ocorrido em 14.12.2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Invalidação.

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

João Pessoa, 19 de junho de 2019



Lenilton Lucas Vicente Pires **CARTÓRIO**
Outorgante
CPF nº 708.415.424-81 **VIEIRA BATISTA**

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0349435/19

Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

CPF: 708.415.424-81

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 14/12/2018

Titular do CPF: LENILTON LUCAS
VICENTE PIRES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

LENILTON LUCAS VICENTE PIRES : 708.415.424-81

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: 08/10/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0349435/19

Número do Sinistro: 3190573502

Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

CPF: 708.415.424-81

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 14/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LENILTON LUCAS
VICENTE PIRES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

LENILTON LUCAS VICENTE PIRES : 708.415.424-81

Autorização de pagamento

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: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS





(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190573502 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

CPF/CNPJ: 70841542481

Posição em 09-03-2020 10:42:38

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00



Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 30/10/2019 | R\$ 1.687,50 | R\$ 0,00 | R\$ 1.687,50 |

Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência | Ver Carta |
|---------------|---------------------------------|--|
| 07/11/2019 | PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO | (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/6TmEoTUoa94hAm__api_key=y+j2M6vLMwe__4v9TOuYJ0jGfN9m1EvefeUujREzAk20=) |
| 20/10/2019 | INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE | (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qR+3o48qxrD3agkvNCapi_key=y+j2M6vLMwe__4v9TOuYJ0jGfN9m1EvefeUujREzAk20=) |



| | | |
|------------|---|---|
| 11/10/2019 | NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS |  (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qrCCNmdO1TXHG__Lapi_key=y+j2M6vLMwe__4v9TOuYJ0jGfN9m1EvefeUujREzAk20=) |
| 11/10/2019 | ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT |  (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/___V0___3tU+xE___d___Papi_key=y+j2M6vLMwe__4v9TOuYJ0jGfN9m1EvefeUujREzAk20=) |



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)





(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(<https://www.youtube.com/watch?v=5aYcP8aBnT0>)
(https://www.facebook.com/seguradoraliderdpvat_oficial/)
(<https://www.linkedin.com/company/seguradoraliderdpvat/>)
I%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
- › Consulta a Pagamentos (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)
- › Saiba Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
- › Pontos de Atendimento (</Pontos-de-Atendimento>)
- › Como Pedir Indenização (</Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao>)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (</Pages/Quem-Somos.aspx>)
- › Sobre o Seguro DPVAT (</Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
- › Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
- › Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
- › Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (</Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line>)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (</Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes>)
- › Telefones de Contato (</Contato/telefones-de-contato>)
- › Ouvidoria (</Contato/Ouvidoria>)
- › Canal de Denúncias (</Contato/canal-de-Denuncias>)
- › Mapa do Site (</Mapa-do-Site>)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](/Pages/Termos-de-Uso.aspx)





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08014774120208152003

BRADESCO SEGUROS 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 **LENILTON LUCAS VICENTE 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.

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 1 de dezembro 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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:26:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311261698100000035704569>
Número do documento: 20120311261698100000035704569