



Número: **0800130-36.2021.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **14/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
AILTON JOSE GOMES (AUTOR)	FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45863 354	16/07/2021 14:46	<u>Petição</u>	Petição
45863 356	16/07/2021 14:46	<u>2783770_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
45863 357	16/07/2021 14:46	<u>2783770_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2021 14:46:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071614460630800000043579454>
Número do documento: 21071614460630800000043579454

Num. 45863354 - Pág. 1



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

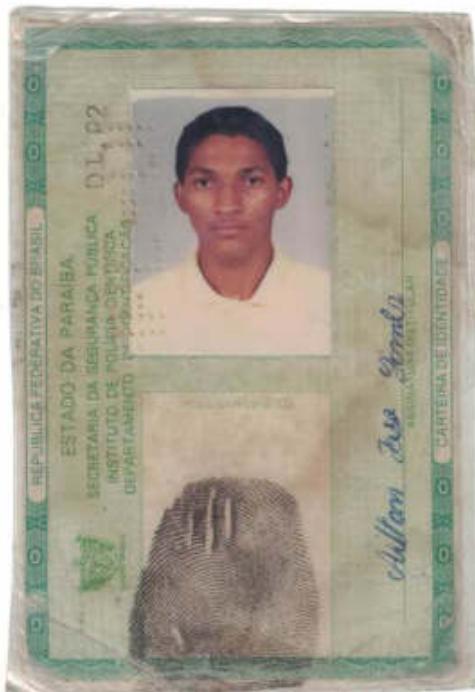
332

333

334

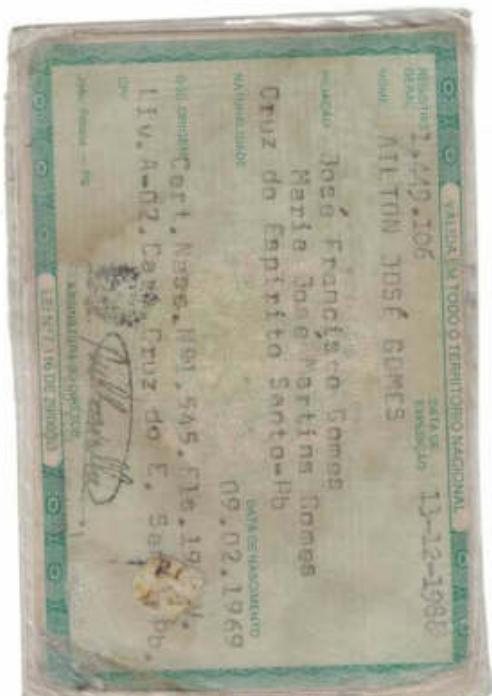
335

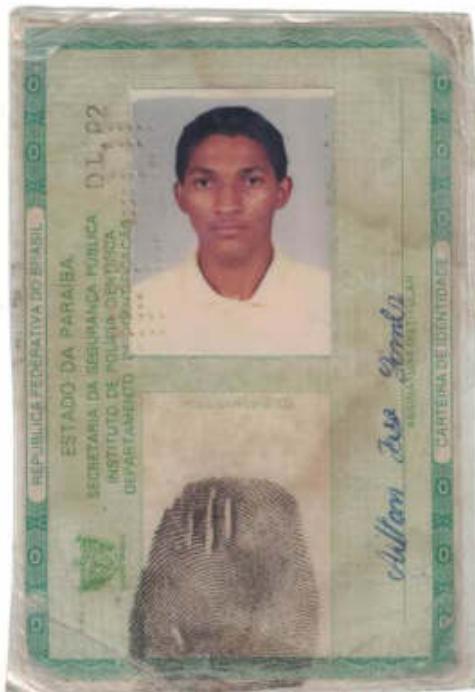
336



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2021 14:46:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071614460736700000043579456>
Número do documento: 21071614460736700000043579456

Num. 45863356 - Pág. 2





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2021 14:46:08
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071614460736700000043579456
Número do documento: 21071614460736700000043579456

Num. 45863356 - Pág. 4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200394892 Cidade: Santa Rita Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: AILTON JOSE GOMES Data do acidente: 11/08/2020 Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA RÁDIO DISTAL DIREITO.(P-2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA, FIXAÇÃO, PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.
P-4-5-6-7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

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



PROCURAÇÃO

Outorgante: *Ailton José Gomes*, brasileiro(a), estado civil *sócio*, profissão *operador de máquinas*, residente e domiciliado à Rua *de Mila Fecinha*, n° *421*, bairro *Industrial*, Municipio de *João Pessoa*, Estado de(o) *PB*, Cep.: *53020-000*, portador(a) do RG nº *1.449.106*, SSP/ *15* e CPF nº *752.410.644-00*.

Outorgado: *Floriana da Silva Bomfim*, brasileiro(a), estado civil *casado*, profissão *advogada*, residente e domiciliado(a) à Rua *da República*, n° *290*, bairro *Centro*, Municipio de *João Pessoa*, Estado de (o) *Paraná*, Cep.: *53015-000*, portador (a) do RG nº *307.119.0*, SSP/ *15* e CPF nº *218.079.624-69*.

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) *Ailton José Gomes*, ocorrido em *11/08/2020*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza *incidente*.

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.

f. Pessoa 03, de 11 de 2020.

X *Ailton José Gomes*
Outorgante
CPF Nº *752.410.644-00*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313612/20

Vítima: AILTON JOSE GOMES

CPF: 752.410.644-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2020

Titular do CPF: AILTON JOSE GOMES

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

AILTON JOSE GOMES : 752.410.644-00

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: 04/11/2020
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2020
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

MARCELA DO CARMO DE LIMA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313612/20

Vítima: AILTON JOSE GOMES

CPF: 752.410.644-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2020

Titular do CPF: AILTON JOSE GOMES

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

AILTON JOSE GOMES : 752.410.644-00

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: 04/11/2020
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2020
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

MARCELA DO CARMO DE LIMA





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, 06 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200394892 Vítima: AILTON JOSE GOMES

Data do Acidente: 11/08/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AILTON JOSE GOMES

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 completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: AILTON JOSE GOMES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001268-8

Conta: 0000034338-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Pag. 01671/01672 - carta_15R - INVALIDEZ



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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



**POLÍCIA
CIVIL
P A R A Í B A**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07334.01.2020.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07334.01.2020.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:08 horas do dia 22 de outubro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Pedro Ivo Soares Bezerra, matrícula 1685007, e lavrado por Nathielle Ferreira Bulcão, Agente de Investigação, matrícula 1820036, ao final assinado, compareceu **Ailton Jose Gomes**, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Operador, filho(a) de Maria Jose Martins Gomes e Jose Francisco Gomes, natural de Cruz do Espírito Santo/PB, nascido(a) em 02/09/1969 (51 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nilo Peçanha, Nº 421, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Perto da Igreja, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98728-0470.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230 Km 41, XXXX, Santa Rita/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 11/08/20 01:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE no dia 11 de agosto de 2020 foi vítima de um acidente de trânsito, por volta das 1h, no trajeto do trabalho para casa, BR 230, KM 41, na cidade de Santa Rita/PB. Que estava a bordo de sua moto de placa OGD 3456 /PB, modelo Fan Honda CG, 150, preta, ano 2013, quando foi atingido por outra moto, cuja placa não foi identificada pelo notificante. Que houve uma colisão e o notificante ficou ferido, sendo socorrido para o Complexo Hospitalar Governador Tarcísio Buriti de Mangabeira.

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

João Pessoa/PB, 22 de outubro de 2020.

NATHIELLE FERREIRA BULCÃO
Agente de Investigação

AILTON JOSE GOMES
Noticiante



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: 01/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AILTON JOSE GOMES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01268-8

CONTA: 000000034338-2

Nr. da Autenticação 2809BCAE69CBB8D9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2021 14:46:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071614460736700000043579456>
Número do documento: 21071614460736700000043579456

Num. 45863356 - Pág. 11

CAGEPA		PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO MATRÍCULA																																																																													
 COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB CEP: 58.016-670 - CNPJ: 09.123.664/0001-67		6809553																																																																													
		REFERÊNCIA: OUT/2020																																																																													
CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS																																																																															
AILTON JOSE GOMES AV NILO PECANHA, 421 - POPULAR SANTA RITA PB 58301-205																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Inscrição</th> <th style="width: 15%;">SMI</th> <th style="width: 30%;">Quantidade de Economias</th> <th style="width: 30%;">Responsável</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>003.005.170.0108.000</td> <td>000</td> <td>1 0 0 0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hidrômetro</td> <td>Data de Instalação</td> <td>Localização</td> <td>Situação Água Situação Esgoto</td> </tr> <tr> <td>V14N330221</td> <td>12/09/2014</td> <td>EXT LACRADO</td> <td>POTENCIAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ANTERIOR / ATUAL</td> <td>CONSUMO (m³) / NUM DE DIAS</td> <td>PROXIMA LEITURA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1434 / 1455</td> <td>21 / 29</td> <td>07/11/2020</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> HIST. CONS./ANOR. LEIT. / QUALEID: ÁGUA-ANEXO 20-PORT. 05/2017 MS. SET/2020 28 AGO/2020 24 JUL/2020 21 JUN/2020 22 MAI/2020 28 ABR/2020 22 MEDIAÇÃO 24 </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> PARAMETROS EXIG. ANALIS: CONFORMES TURBIDEZ 79 98 98 CLORO 79 98 98 PH 8 0 0 COR 28 70 70 COL.TOTAIS 79 98 98 DADOS REFERENTES A: AGO/2020 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">DATA DA IMPRESSÃO: 07/10/2020</td> <td colspan="2">HORA DA IMPRESSÃO: 07:46:09</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DESCRICAÇÃO</td> <td>CONSUMO</td> <td>TOTAL(\$\$)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ÁGUA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ATE 10 m³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE</td> <td>10 m³</td> <td>37,91</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11 m³ A 20 m³ - R\$ 4,89 POR m³</td> <td>10 m³</td> <td>48,90</td> </tr> <tr> <td colspan="2">21 m³ A 30 m³ - R\$ 6,45 POR m³</td> <td>1 m³</td> <td>6,45</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ESGOTO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 8,63 PIS E CONFINS LEI 17.741/20 </td> </tr> <tr> <td>VENCIMENTO:</td> <td>19/10/2020</td> <td>Total a Pagar:</td> <td>R\$ 93,26</td> </tr> <tr> <td colspan="4">  CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1 INFORMAÇÕES GERAIS: SENHORES USUÁRIOS, INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONAVIRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PÚBLICO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS </td> </tr> </tbody> </table>				Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável	003.005.170.0108.000	000	1 0 0 0		Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto	V14N330221	12/09/2014	EXT LACRADO	POTENCIAL	ANTERIOR / ATUAL		CONSUMO (m ³) / NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA	1434 / 1455		21 / 29	07/11/2020	HIST. CONS./ANOR. LEIT. / QUALEID: ÁGUA-ANEXO 20-PORT. 05/2017 MS. SET/2020 28 AGO/2020 24 JUL/2020 21 JUN/2020 22 MAI/2020 28 ABR/2020 22 MEDIAÇÃO 24				PARAMETROS EXIG. ANALIS: CONFORMES TURBIDEZ 79 98 98 CLORO 79 98 98 PH 8 0 0 COR 28 70 70 COL.TOTAIS 79 98 98 DADOS REFERENTES A: AGO/2020				DATA DA IMPRESSÃO: 07/10/2020		HORA DA IMPRESSÃO: 07:46:09		DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(\$\$)	ÁGUA				RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)				ATE 10 m ³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE		10 m ³	37,91	11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 4,89 POR m ³		10 m ³	48,90	21 m ³ A 30 m ³ - R\$ 6,45 POR m ³		1 m ³	6,45	ESGOTO				VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 8,63 PIS E CONFINS LEI 17.741/20				VENCIMENTO:	19/10/2020	Total a Pagar:	R\$ 93,26	 CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1 INFORMAÇÕES GERAIS: SENHORES USUÁRIOS, INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONAVIRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PÚBLICO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS			
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável																																																																												
003.005.170.0108.000	000	1 0 0 0																																																																													
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto																																																																												
V14N330221	12/09/2014	EXT LACRADO	POTENCIAL																																																																												
ANTERIOR / ATUAL		CONSUMO (m ³) / NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA																																																																												
1434 / 1455		21 / 29	07/11/2020																																																																												
HIST. CONS./ANOR. LEIT. / QUALEID: ÁGUA-ANEXO 20-PORT. 05/2017 MS. SET/2020 28 AGO/2020 24 JUL/2020 21 JUN/2020 22 MAI/2020 28 ABR/2020 22 MEDIAÇÃO 24																																																																															
PARAMETROS EXIG. ANALIS: CONFORMES TURBIDEZ 79 98 98 CLORO 79 98 98 PH 8 0 0 COR 28 70 70 COL.TOTAIS 79 98 98 DADOS REFERENTES A: AGO/2020																																																																															
DATA DA IMPRESSÃO: 07/10/2020		HORA DA IMPRESSÃO: 07:46:09																																																																													
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(\$\$)																																																																												
ÁGUA																																																																															
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																																																																															
ATE 10 m ³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE		10 m ³	37,91																																																																												
11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 4,89 POR m ³		10 m ³	48,90																																																																												
21 m ³ A 30 m ³ - R\$ 6,45 POR m ³		1 m ³	6,45																																																																												
ESGOTO																																																																															
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 8,63 PIS E CONFINS LEI 17.741/20																																																																															
VENCIMENTO:	19/10/2020	Total a Pagar:	R\$ 93,26																																																																												
 CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1 INFORMAÇÕES GERAIS: SENHORES USUÁRIOS, INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONAVIRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PÚBLICO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS																																																																															



PEDRO JOSE DA SILVA
RUA DA REPUBLICA 390 - VARADOURO
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)
CPF/CNPJ/RANI: 116.204.834-40



Cls/Sbc:RESIDENCIAL/BAIXA RENDA BPC MONOFÁSICA
Roteiro: 06-0001-409-3140 Medidor:00008162616



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/280012-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002800126

	R\$ 267,96		17/07/2020
	JUL/2020		12,53kWh MEDIA DIÁRIA 376 kWh
SITUAÇÃO DE DÉBITOS			

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	QUANT.	TARIFA C/ IMPOSTOS	Valor Total (R\$)	BASE CALC. ICMS(R\$)	Alq. ICMS	ICMS (R\$)	BASE CALC. PIS/COFINS (R\$)	PIS (\$)	COFINS (\$)
601	Consumo acima de 220kWh-BR	136	0,773060	120,59	120,59	27	32,96	120,59	1,26	5,78
601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	120	0,773060	90,59	90,59	27	22,54	90,59	0,97	4,61
601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,463840	32,46	32,46	27	8,76	32,46	0,33	1,56
601	Consumo até 30kWh-BR	30	0,270570	8,11	8,11	27	2,19	8,11	0,08	0,38
610	Subsídio			46,01	46,01	27	12,42	46,01	0,48	2,21
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
906	Devolução Subsídio		-30,90	0	0	0,00	0	0	0	0
807	CONTRIB SERVILUM.PÚBLICA		12,23	0	0	0,00	0	0	0	0
999	BÔNUS TAPIU LEI 10438/2002 12/2019		-4,03	0						

CCI: Código de Classificação do Item Total: 267,96 290,66 78,47 290,66 3,02 13,94

RESERVADO AO FIESC df00.97ba.4347.d312.5a71.6244.109b.0c6a		HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
JUL/19	197	LEITURAS	Descrição	Valor(R\$)	%	
AGO/19	329	Anterior 10/06/20	4785 kWh	64,55	23,73	
SET/19	329	Atual 10/07/20	5161 kWh	80,47	29,59	
NOV/19	325		Compra de Energia	9,60	3,53	
DEZ/19	296		Serviço de Transmissão	9,71	3,57	
JAN/20	296	Consumo	378 kWh	Encargos Setoriais	107,66	39,58
FEB/20	306		Período	Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
MAR/20	306		30 dias	Ouros Serviços		
ABR/20	350		Constante do medidor	Total	271,99 100,00	
MAY/20	350					
JUN/20	351					
JUL/20	357					
PRÓXIMA LEITURA		Total	Valor no EUSD(Ref 05/2020): R\$ 61,86			
11/08/2020						

(REFERÊNCIA - 05/2020 - Conjunto Ilha do Biop)					
META	MENSAL	APURADO	TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	4,83	0,00	9,67	19,34	Nominal
Vezes em que o cliente ficou sem energia - DIC	3,17	0,00	6,35	12,70	Contratada
Durante quanto tempo a interrupção de energia no período - DMIC	2,98	0,00	5,96	11,92	Límite inferior
Duração da interrupção individual em dia critico - DICRI	12,22				Límite superior

(REFERÊNCIA - 05/2020 - Conjunto Ilha do Biop)					
META	MENSAL	APURADO	TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	4,83	0,00	9,67	19,34	220 V
Vezes em que o cliente ficou sem energia - DIC	3,17	0,00	6,35	12,70	Contratada
Durante quanto tempo a interrupção de energia no período - DMIC	2,98	0,00	5,96	11,92	Límite inferior
Duração da interrupção individual em dia critico - DICRI	12,22				231 V

ATENÇÃO SEGUNDA VIA DE CONTA					

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58011-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40
Insc Est. 16.015.823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 047.249.249 - Emissão: 09/07/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 10371.951178 5 83190000026796				
PAGADOR: PEDRO JOSE DA SILVA CNPJ/CPF: 116.204.834-40				
RUA DA REPUBLICA 390 - VARADOURO - JOAO PESSOA / PB - CEP 58010-180				
Nosso-Número	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
3150240010371951	28012-2020-07	17/07/2020	267,96	
BENEFICIARIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA			09.095.183/0001-40	
BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA / PB - CEP 58011-680				
Agência / Código do Beneficiário:3064/3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2021 14:46:08

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071614460736700000043579456>

Número do documento: 21071614460736700000043579456

Num. 45863356 - Pág. 13



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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFO/AÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento desse Formulário é parte integrante do processo de seguro de sinistro, conforme estabelecido Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular Susep 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.

É importante informar que, se informadas as profissões e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, AMÉRICA, CAPITALIZAÇÃO E RISSEGURO. O CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N° 9.333/96.

Pelo exposto, eu,

Flaviane da Silveira Almoro
Inscrito (a) no CPF: 048.079.624-69

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Altton José Gomes

Inscrito (a) no CPF sob o nº 752.410.644-00

de sinistro de DPVAT cobertura Incêndio

da Vítima: Altton José Gomes

Inscrito (a) no CPF sob o nº 752.4

conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro: Informar

Renda:

E apresento os documentos comprobatórios:

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-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. 295 do Código Penal.

Enderro:	<u>Rua do Republica</u>	Número:	<u>390</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail:				CEP: <u>58010-180</u> Tel.(DDD):

Local e Data:

João Pessoa, 03/11/2020

Assinatura do Declarante

001 V001/0017

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

Ficha Nr: 334679 Atd: Nao Regui
Data: 11/08/2020
Hora: 00:14:28
Recepção: GILMAR DE SOUTO CAVAS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: AILTON JOSE GOMES

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 898004615550121 Sexo: M IDENTIDADE: 1449106 Fone: 987280470
Natural: CRUZ DO ESPIRITO SANTO/PB Data Nasc.: 09/02/1969 Id: 51 ano(s)

End.: RUA NILO PECANHA,421
Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF :PB

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prentuario: 2020.08.001043

Mae: CRUZ DO ESPIRITO SANTO

Pai: JOSE FRANCISCO GOMES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: OPERADOR DE MAQUINA NAO ESPECIFICADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

I^o RXAMCOES DE ENTRADA

Resp.: AILTON JOSE GOMES

Tel/Doc. Responsavel: 987280470 / IDENTIDADE: 1449106

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[x] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Alcara:

G. emia: IMC:

cl. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- [] Aparentemente Bem [] Gravé
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observação

Queixa Principal

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Assente com ant. de Dov
NP fvrro

Diagnóstico

| Conduta

fp ríodo 07/8702 Rx.

Prescrição

| Horário da medicacão

Dr. Wilson F. da Nobrega
ADM 11.094 PB
Medicina





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Governo do Estado
PARAÍBA
Governo do Estado

Receituário

Paciente: AILTON JOSE GOMES

Idade: 51

Data: 10/08/2020 21:25:27

Sexo Masculino

CPF:Não Informado

BAE:1250769

ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA DE ACORDO COM PACTUAÇÃO O PACIENTE ACIMA IDENTIFICADO. VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SOFREU FRATURA FECHADA DO RÁDIO DISTAL DIREITO TIPO BARTON VOLAR . PEQUENA ESCORIAÇÃO NO DORSO DA URNA DISTAL , FEITO CURATIVO E IMOBILIZAÇÃO TALA AXILO PALMAR .
CD: AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA DO ORTOGRAUMA DE MANGABEIRA

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 4847 - SBOT 8331

Dr. RODRIGO CASTRO DO AMARAL
4847/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-050



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2021 14:46:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071614460736700000043579456>
Número do documento: 21071614460736700000043579456

Num. 45863356 - Pág. 16



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: WILTON JOSÉ GOMES Data da Admissão: 11/08/20
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: _____
HDA: Paciente com dor
uma punho
no torso: dor e
30cm

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 PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []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 []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

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

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Cilton José Gomes</i>				Registro:	
Idade: <i>51</i>	Sexo: <i>Mas</i>	Cor: <i>P</i>	Clinica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>18/08/2020</i>	Cirurgião: <i>Dr. Teófilo</i>		3º Assistente: <i>Dr. Antônio R1</i>	1º Assistente: <i>Dr. Eduardo R3</i>	Instrumentador:
2º Assistente: <i>Dr. Waldemar B3</i>	Anestesista: <i>Dr.</i>		Tipo Anestesia: <i>Bloqueo</i>	Horário: I: <i></i>	T: <i></i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura de Radíol Distal Direito</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>Ornamento</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>R A F I com Placa e Kirschner</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (x) Não				Descreva:	
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					



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

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: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: BxHipóteses Diagnósticas: fx m jv 12 09 2022 -Conduta: VCO c/ náuseasDr. Thales

Dr. Klenio F. da Nóbrega
CRM 11.091 / PB
Ortopedia e Traumatologia



Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	Paciente em decúbito dorsal na mesa Anestesia e Antissepsia Capacete de Couro por Externo
Incisão:	
Achados:	- Fratura do Radio Distal Direito
Conduta:	<ul style="list-style-type: none"> - Realizado Redutor Aberto com placa 4 furos + Fixação com 3 parafusos sob a visualização óptica. - Realizado Sutura. - Realizado Curativo. - RX de controle.
Fechamento:	
OBS:	

RJ#Dr Teófilo
 Antônio P.S. Neto
 CRM RJ 23.125

Data: 18/01/2020

MÉDICO/CRM





LAUDO MEDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: **Ailton José Gomes** ENFERMARIA/LEITO: **17/160**
IDADE: **51** SEXO: **Mas** CLÍNICA: **ORTOPEDIA**
DATA DE ADMISSÃO: **11/08/2020** DATA DE ALTA: **19/08/2020** TEMPO DE PERMANÊNCIA: **8 DIAS**

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE RÁDIO DISTAL E	CID: S52
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O MESMO	
OUTROS DIAGNÓSTICOS:	
PRINCIPAIS EXAMES: RADIOGRAFIA DEMONSTRANDO FRATURA	
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:	
ANATOMIA PATOLÓGICA: INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO	COLETA DE MATERIAL () SIM (X) NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA:	
CONDIÇÕES DE ALTA: (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO	
RESUMO CLÍNICO: Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e retorno ambulatorial.	
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo 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 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 lugar.	
Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDIÇÕES PARA CASA: Antibiótico, Anti-inflamatório e Analgésico	
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 DIAS . Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão.	Médico: Dr Teofilo

19/08/2020
Data

Assinatura do Médico

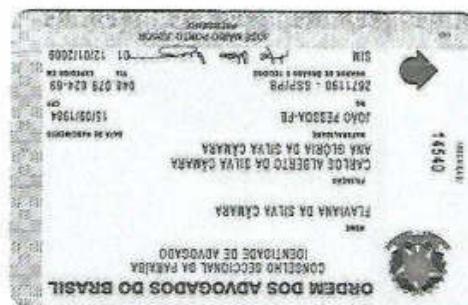
David Pierre Lopera Matias
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 13263

Iste documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,
CONTINUAPE DE TRATAMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2021 14:46:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071614460736700000043579456>
Número do documento: 21071614460736700000043579456

Num. 45863356 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2021 14:46:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071614460736700000043579456>
Número do documento: 21071614460736700000043579456

Num. 45863356 - Pág. 22



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

Processo n.^o 08001303620218152003

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 **AILTON JOSE GOMES**, 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:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo expert, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 13 de julho de 2021.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2021 14:46:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071614460891700000043579457>
Número do documento: 21071614460891700000043579457

Num. 45863357 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2021 14:46:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071614460891700000043579457>
Número do documento: 21071614460891700000043579457

Num. 45863357 - Pág. 2