



Número: **0852568-50.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANDRE ANASTACIO BEZERRA (AUTOR)	IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
51357843	16/11/2021 14:14	<a href="#">Petição</a>	Petição
51358257	16/11/2021 14:14	<a href="#">2584444_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
51358258	16/11/2021 14:14	<a href="#">2584444_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_03</a>	Outros Documentos

ANEXO



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANDRE ANASTACIO BEZERRA**

Nº Sinistro: **3180342874**

Vítima: **ANDRE ANASTACIO BEZERRA**

Data do Acidente: **14/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180342874**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13166369

Pag. 01721/01722 - carta\_01 - INVALIDEZ



00010861



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANDRE ANASTACIO BEZERRA**

Nº Sinistro: **3180342874**  
Vítima: **ANDRE ANASTACIO BEZERRA**  
Data do Acidente: **14/01/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180342874**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **14/01/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0176101762 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13248096



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180342874 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDRE ANASTACIO BEZERRA **Data do acidente:** 14/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA OMBRO ESQUERDO  
FRATURA CLAVÍCULA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** Vitor Hugo Sousa Morim

**CRM:** 5242355-2

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 008.627.304-30	Nome completo da vítima André Aristóteles Bezerra
---------------------------	---------------------------------	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo André Aristóteles Bezerra		CPF titular da conta 008.627.304-30	Profissão Recru - se
Endereço Av. Litorânea Sulquiro		Número 562	Complemento
Bairro Tere	Cidade Joo Pessoa	Estado PB	CEP 58040-391
Email ccf.ahv@gmail.com		Telefone (DDD) 83-98849-5530	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
BANCO Nome CAIXA ECONÔMICA FEDERAL		BANCO Nome CAIXA ECONÔMICA FEDERAL		BANCO Nome CAIXA ECONÔMICA FEDERAL		BANCO Nome CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	
AGÊNCIA NRO. 0617		AGÊNCIA NRO. 37322		AGÊNCIA NRO. 37322		AGÊNCIA NRO. 37322	
D/V (Informar dígito se existir)		D/V (Informar dígito se existir)		D/V (Informar dígito se existir)		D/V (Informar dígito se existir)	

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

Joo Pessoa - PB 13 de Julho de 2018  
Local e Data

*André Aristóteles Bezerra*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal









**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01308.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01308.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:21 horas do dia 13 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Andre Anastacio Bezerra**, CPF nº 008.627.304-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motoboy, filho(a) de Maria Daguima Bezerra e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/02/1979 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Caetano Filgueiras, Nº 562, bairro Torre, tendo como ponto de referência Mercado da Torre, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98747-1614.

**Dados do(s) Fatos:**

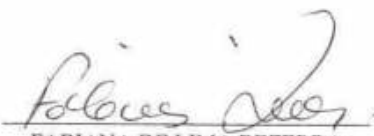
Local: Br 230, Km 18, Perto do Hospital de Trauma, João Pessoa/PB, bairro Tambauzinho; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 14/01/18 08:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

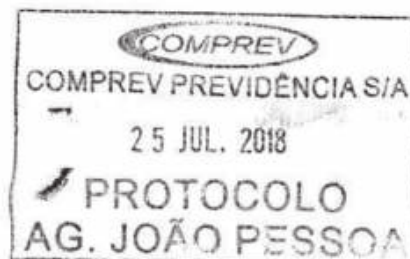
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, PRETA, 2010, PLACA MOG9311/PB, CHASSI 9C2KC1670BR311218, registrada em nome de MARCIO BARBOSA DE LIMA, quando o pneu traseiro estourou vindo o noticiante a perder o controle e cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 25.05.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 13 de julho de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
ANDRE ANASTACIO BEZERRA  
Noticiante



Procedimento Policial: 01308.01.2018.1.00.420





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

André Antônio Bezerra

CPF da Vítima

008.627.304-30

Data do Acidente

14/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não signifi



João Bezerra - PB, 13 de Julho de 2018

Local e Data

x André Antônio Bezerra

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

V001/2017





**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO

**MATRÍCULA**

196207

**REFERÊNCIA**

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA DGUIMAR BEZERRA  
AV CAETANO FILGUEIRAS, 562 - TORRE JOAO PESSOA PB  
58040-391

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável	
			Residencial	Comercial	Industrial	Público		
001.061.395.0337.000		000	1	0	0	0		
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto			
A92S239320	12/05/2004	JARD LAC	LIGADO		LIGADO			
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NUM DE DIAS   PROXIMA LEITURA								
1711	1711	9	29		05/08/2018			
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEJO 20 PORT. 05/2017 HS.								
JUN/2018	9	0	PARA METROS		ETIC.	ANALIS.	CONFORMES	
MAI/2018	9	0	TURBIDEZ		268	275	275	
ABR/2018	9	0	CLORO		268	277	277	
MAR/2018	9	0	COL. TERMOT		0	0	0	
FEV/2018	9	7	COR		73	88	88	
JAN/2018	9	10	COL. TOTAIS		268	277	277	
MEDIA(M)		9	DADOS REFERENTES A: MAI/2018					

DATA DA IMPRESSÃO: 06/07/2018		HORA DA IMPRESSÃO: 11:01:58	
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		9 M3	37,91
ESGOTO			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ESGOTO		9 M3	30,33
ACRESCIMOS MES(ES) ANT. 04/2018			1,32
JUROS DE MORA 04/2018			0,42
FATURAS EM ATRASO			
REF 201612 59,00	REF 201801	68,00	
REF 201705 68,02			
REF 201712 68,02			

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 19/07/2018 Total a Pagar: R\$ 69,98



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MEDIA DO HIDROHE TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 31/05/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
196207	JUL/2018	19/07/2018	R\$ 69,98

82630000000 5 69980010001 7 00019620701 3 07201850003 2



# CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL6

DATA DE POSTAGEM: 06/12/2017

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NE  
AV COREMAS 172  
CENTRO  
58013-430 JOAO PESSOA PB



7211307021326663401075764530061217





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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailson Luiz de Oliveira Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário André Antônio Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.627.304 / 30, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz. da Vítima André Antônio Bezerra, inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.627.304 / 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Avenida Lemos</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>ccf.odas@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98849-5530</u>	

João Pessoa - PB 13 de Julho de 2018  
Local e Data

Adailson Luiz de Oliveira Coutinho Neto  
Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marcio Barbosa de Lima,  
 RG nº 3.705.760, data de expedição 18 / 09 / 2008,  
 Órgão 5525-PB, portador do CPF nº 104.562.984-79,  
 com Domicílio na cidade de Cruz do Espírito Santo, no Estado  
 de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sít. Entreamento,  
 nº 01 complemento, Área Rural, declaro, sob as  
 penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na  
 data do acidente ocorrido com a vítima  
André Anastácio Bezerra, cujo o condutor  
 era André Anastácio Bezerra.

Veículo.....: motocicleta  
 Ano.....: 2010  
 Modelo.....: Konda 160 150 Fon ESI  
 Placa.....: M0G 9311 - PB  
 Chassi.....: 9C2KC16703R311218  
 Data do acidente.: 14/01/2018

Local e data: João Pessoa - PB, 13 de Julho de 2018.

X MARCIO BARBOSA DE LIMA

Assinatura do Declarante Proprietário  
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X André Anastácio Bezerra

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)  
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

**MONTEIRO DA FRANCA**  
 Serviço Notarial - SP - Oficial  
 Av. Epitácio Pessoa, 428 - Torre - CEP: 51040-000 - João Pessoa - PB

Reconheço, como autenticidade e verdadeira, a(s) Firma(s) de: ANDRÉ ANASTÁCIO BEZERRA  
 Em test. da verdade. João Pessoa - PB 13/07/2018 08:34:57  
 Rosângela de Sousa Carneiro - Escrevente  
 T2018-032965JENOL:R\$ 89,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEP:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47  
 DIGITAL: ANA22787-30X1  
 a autenticidade em <http://selodigital.xpb.jus.br>

**MONTEIRO DA FRANCA**  
 Serviço Notarial - SP - Oficial  
 Av. Epitácio Pessoa, 428 - Torre - CEP: 51040-000 - João Pessoa - PB

Reconheço, como autenticidade e verdadeira, a(s) Firma(s) de: MARCIO BARBOSA DE LIMA  
 Em test. da verdade. João Pessoa - PB 13/07/2018 08:33:55  
 Rosângela de Sousa Carneiro - Escrevente  
 T2018-032964JENOL:R\$ 89,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEP:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47  
 SELO DIGITAL: ANA22786-L0X0  
 Confira a autenticidade em <http://selodigital.xpb.jus.br>







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ANDRE ANASTACIO BEZERRA
DATA DE NASCIMENTO	10/02/79
NOME DA MÃE	MARIA DAQUINA BEZERRA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.055.484
DATA DO ATENDIMENTO	14/01/18
HORA DO ATENDIMENTO	09:08
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	S42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente, orientado, referindo dor e limitação funcional de ombro esquerdo, nega perda da consciência, abdomen sem queixas,

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax  
RX de ombro direito

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula direita

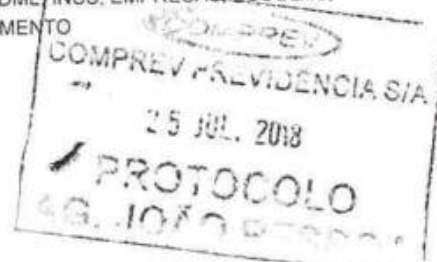
### TRATAMENTO:

Tratamento conservador. Imobilização com tipóia hemi J.

ALTA HOSPITALAR:	14/01/18
DATA DA EMISSÃO:	25/05/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1055484



### Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1251361	ANDRE ANASTACIO BEZERRA	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
10/02/1979	38 anos 11 meses 4 dias	Religião
Mãe		Pai
MARIA DAGUIMA BEZERRA		NAO DECLARDO
Escolaridade		Responsável (Parentesco)
		O MESMO - O MESMO(A)
		DDD Fixo
DDD Móvel	Fone Móvel	Fone Fixo
B3	987842614	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
RG (IDENTIDADE)	2168724	
Local de procedência		Tipo
BR 230		BAIRRO
Email	Naturalidade	UF
	JOAO PESSOA	PB
		CBOR

## Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58040390	JOÃO PESSOA	PB	CAETANO FILGUEIRAS - ATÉ 677/678
Número	Complemento		Bairro
2614			TORRE

### Admissão

Data e Hora 14/01/2018 09:08:58	Número da pulseira 1000006079931	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RODOVIA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

## Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Travaria
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte		Quem transportou	
SAMU			

## Sinais Vitais

PA	x	mmHg	Pulse	Temperature
100	10	100	100	100
100	20	100	100	100
100	30	100	100	100
100	40	100	100	100
100	50	100	100	100
100	60	100	100	100
100	70	100	100	100
100	80	100	100	100
100	90	100	100	100
100	100	100	100	100

### Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

### Dados cirúrgicos

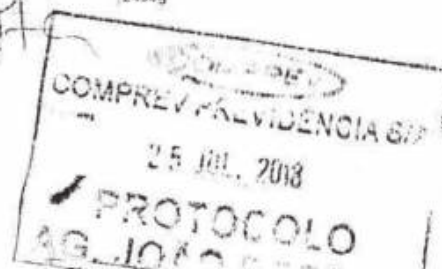
Dados cirúrgicos

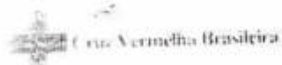
Det. uterina aciclar  
de modo de iracão E, PU eu-  
fóricos; cênica de, m. H. R. ag. A. - RT.

## Diagnostico

Atendido por  
**FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL**

Imprimis





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>ANDRE ANASTACIO BEZERRA</b>		BAE <b>1055484</b>	Data/Hora Entrada <b>14/01/2018 09:08:58</b>	Data Baixa
Data do nascimento <b>10/02/1979</b>	Idade <b>38</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(63) 987942614</b>
Mãe <b>MARIA DAGUIMA BEZERRA</b>				Prontuário
Endereço <b>CAETANO FILGUEIRAS - ATÉ 677/678, 2614</b>		Bairro <b>TORRE</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>FRANCISCO ODILIO DE MELO E DIAS</b>	Nº Cons. Regional <b>5702/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>14/01/2018 09:08:58</b>			Data/Hora Prescrição <b>14/01/2018 09:20:16</b>	
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

**Anamnese**  
VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA REFERINDO DOR E LIMITAÇÃO EM OMBRO ESQUERDO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. ABDOMEN FLÁCIDO INDOLOR A PALPAÇÃO. CONDUTA: ATENDIMENTO INICIAL/ AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

ANDRE ANASTACIO BEZERRA

FRANCISCO ODILIO DE MELO E DIAS  
(CRM: 5702/PB)



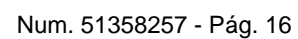
Boleim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 14/01/2018 09:09:22

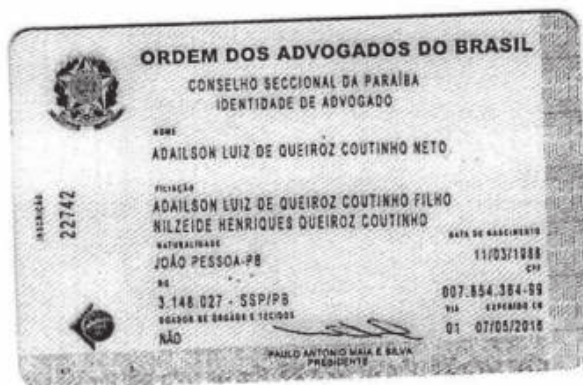






COMPRESA VIDENCIA S/A  
25 JUL. 2013  
PROTOCOLO  
12.106.000.000





ANA MARIA GALDINO DE OLIVEIRA  
SIT. ENTROCAMENTO, S/N - JARDIM RURAL  
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO / PE - CEP: 55337000 (AO: 37)  
E-mail: 21/06/2018 - Referência: Jun/2018  
Cidade: JARDIM RESIDENCIAL BARRA RENDIA MONTE ALEGRE - PE - CEP: 55337000  
Roteiro: 12-55-593-1260 Nº medidor: 0000643053

**energisa**  
ENERGISA S.A. - SOCIEDADE POR AÇÕES  
CNPJ nº 06.908.110/0001-40 - inscrita no CNPJ nº 06.908.110/0001-40  
Cód. parâmetro: 00012738141

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a **Apresentação** Data prevista da próxima leitura **CPF/CNPJ/RANI**  
• Jun / 2018 21/06/2018 23/07/2018 9584830430  
Insc. Est.

**UC (Unidade Consumidora):** 5/1373814-1

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada em 1998  
nº 10.435, de 26 de abril de 2002

COMPROVANTE DE  
RESIDÊNCIA DO  
PROPRIETÁRIO DO  
VEÍCULO

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Date	Leitura	Date	Leitura	
22/05/18	15435	21/06/18	16239	105

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Taxa (R\$)	Valor	Base Calc.	Alíq.	Imposto (R\$)	Base Calc.	Potência (R\$)
0001	Consumo em kWh	30.000	0,002339	69,97	1,28	25	1,81	7,28	0,08
0001	Consumo - 3ª a 100 kWh	10.000	0,001540	15,40	29,01	25	7,27	18,01	0,26
0001	Adm. B. Amarela	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
0001	Adm. B. Verde	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
0001	Suspeito	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
0001	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	JUROS DE MORA 05/2018	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	MULTA 05/2018	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	Devolução Suspeito	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 55,23 76,11 19,02 76,11 0,01 0,01

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**  
123 **28/06/2018** **R\$ 59,83**

Histórico de Consumo (kWh)

101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115  
Jun/17 Jun/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Ma/18

da86.fbef.fe44.c65e.c3cd.1846.0f89.0eaf

Indicadores de Qualidade - 4/2018 - Supl			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
PM MENSAL	7,85	100% - 220	
PM TRIMESTRAL	7,85	100% - 220	
PM ANUAL	7,85	100% - 220	
PM MENSAL	7,85	100% - 220	
PM TRIMESTRAL	7,85	100% - 220	
PM ANUAL	7,85	100% - 220	
PM MENSAL	7,85	100% - 220	
PM TRIMESTRAL	7,85	100% - 220	
PM ANUAL	7,85	100% - 220	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Energia Elétrica	138,05	100,00
Imposto de Renda	293,45	100,00
Imposto de Renda	153,18	100,00
Imposto de Renda	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	58,83	100,00

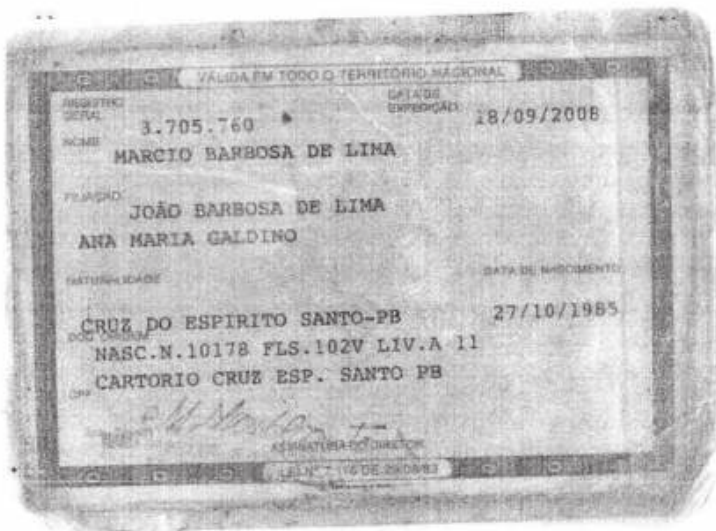
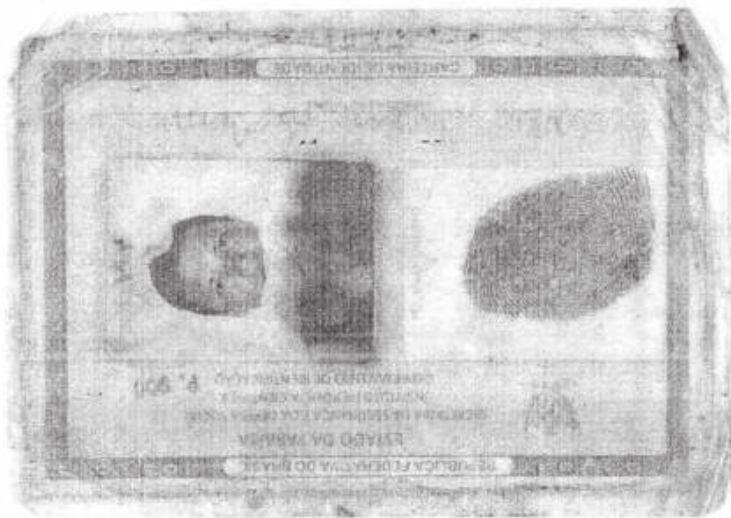
**ATENÇÃO** Faturas em atraso  
- AVISO: Permanecendo em atraso as "DEBITOS ANTERIORES", a reavidação e a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.  
- Sua unidade foi faturada com a Base Renda, tendo um percentual de R\$25,36

Jan/16 138,05  
Mar/15 293,45  
Fev/15 153,18

25 JUL 2018  
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA  
PROTOCOLADO  
AG. 10/06/2018







DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Andre Amstacio Bezerra  
 DATA DO ACIDENTE 14/01/2018 CPF DA VÍTIMA 008.627.304-30  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Av. Nilda Cortes Filho  
 Nº 562 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Torre  
 CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58040-391  
 E-MAIL cc.f.ador@gmail.com TELEFONE (83) 98849-5530  
83 99413-0753

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) \* Soma  
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) \* Declaração do Representante da Vítima  
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) \* Declaração do Representante da Vítima  
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS-TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO PROCURAÇÃO / 50567

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS -

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PE  
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL D  
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFO TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)  
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) E  
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME (ORIGINAL)  
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO  
 \* CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS

## DOCUMENTOS COMPLEME

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER  
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO   
 • MORTE = R\$ 1.  
 • INVALIDEZ PERMANENTE DAS LESÕES E DESPESAS MÉDICAS VARIAM CONFORME O LAUDO DO IML  
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPLETA  
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER LISTADA NESTE FORMULÁRIO  
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO APRESENTAR OS DOCUMENTOS BASTANTES SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25/07/18  
 IDENTIDADE 22742 003/PB  
 ASSINATURA Adilson Neto



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180342874 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDRE ANASTACIO BEZERRA **Data do acidente:** 14/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA OMBRO ESQUERDO  
FRATURA CLAVÍCULA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** Vitor Hugo Sousa Morim

**CRM:** 5242355-2

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180342874 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDRE ANASTACIO BEZERRA **Data do acidente:** 14/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA OMBRO ESQUERDO  
FRATURA CLAVÍCULA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00





## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Andre Anastacio Bezerra

NACIONALIDADE: Bromilux ESTADO CIVIL: solteiro

PROFISSAO: Advogado Nº DO RG: 03031070375

ORGÃO EMISSOR: Dixon-PB DATA DE EMISSÃO: 08/06/2016

Nº CPF: 008.627.304-30 ENDEREÇO: Av. Antonio Silveira, nº 562, Bairro Teófilo, João Pessoa - PB, CEP 58040-394

**OUTORGADO:** Adilson Luiz de Oliveira Brito

NACIONALIDADE: Bromilux ESTADO CIVIL: solteiro

PROFISSAO: Advogado Nº DO RG: 22742

ORGÃO EMISSOR: DA3/PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016

Nº CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: Av. Lacerda, nº 172, Centro, João Pessoa - PB, CEP 58013-430

### PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Andre Anastacio Bezerra, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa - PB, 19 de dezembro de 2018.

Andre Anastacio Bezerra  
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 16ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

Processo n.º 08525685020188152001

**MAPFRE SEGUROS GERAIS 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 **ANDRE ANASTACIO BEZERRA**, 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:

Inicialmente cumpre informar que o autor foi submetido a perícia judicial em 24/09/2020, realizada pela respeitável perita **Rosana Bezerra Duarte de Paiva, CRM/PB 4183**, onde não foi apurada sequela permanente no autor.

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☒ disfunções apenas temporárias (AUSENCIA DE SEQUELAS DEFINITIVAS)
- b) ☐ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Destaca-se que a manifestação ao laudo foi devidamente apresentada nos autos em 04/11/2020.

Contudo, para surpresa da Ré, o autor compareceu a nova perícia em 03/11/2021, realizada por perito diverso, qual seja, Dr. Heuder Romero L. da Nóbrega, CRM/PB 5050, que apurou lesão no ombro direito no autor.

Ora Exa., de plano, destaca-se que primeiro laudo pericial elaborado deverá prevalecer sobre o último, haja vista que a prova pericial já havia sido produzida.

Percebe-se, inclusive que a perícia ora impugnada, diverge no que diz respeito à existência de lesão indenizável.

Ocorre que a i. perita Rosana Bezerra Duarte de Paiva, de forma acertada e devidamente embasada, entendeu que os danos suportados pela parte autora não se apresentaram suficientes a acarretar uma invalidez permanente, de forma contrária ao que tenta fazer crer o presente perito judicial, devendo tal situação ser devidamente considerada por esse d. Juízo.

Destaca-se que não se apresenta plausível a adesão do laudo pericial emitido pelo Dr. Heuder Romero L. da Nobrega, seja pela prova pericial já produzida anteriormente, seja pela conclusão do n. perito judicial, que inclusive encontra-se desacompanhada de documentos médicos capazes de corroborar com eventual surgimento de invalidez.

Ora Exa. o autor já havia sido submetido a exame pericial anteriormente onde ficou amplamente demonstrado a ausência de sequela definitiva, não sendo possível o aparecimento de eventual lesão de caráter permanente no autor após o laudo produzido à época.

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





Pelo exposto, a parte ré impugna expressamente o laudo pericial produzido, tendo em vista a existência de prova pericial já produzida anteriormente, bem como pela divergência apontada, razão pela qual requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 11 de novembro 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.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)

