



Número: **0852750-70.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/10/2017**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO (AUTOR)	ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37616 554	09/12/2020 11:03	<u>Petição</u>	Petição
37616 557	09/12/2020 11:03	<u>2603043_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
37616 561	09/12/2020 11:03	<u>2603043_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 11:03:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120911031285800000035887735>
Número do documento: 20120911031285800000035887735

Num. 37616554 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2017

Carta nº: 11230824

A/C: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170336345 ASL-0233118/17

Vitima: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

Data Acidente: 10/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2017

Carta nº: 11249088

A/C: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

Sinistro: 3170336345 ASL-0233118/17
Vítima: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO
Data Acidente: 10/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta nº: 11325388

A/C: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

Sinistro: 3170336345 ASL-0233118/17
Vitima: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO
Data Acidente: 10/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000617

Conta: 000005256-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



00141

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.029.745

EXPEDIDO POR SSDS/PR

EM 12/05/2011

CPF 436936794-827 /CNPJ 00.000.000/0000-00 PROFISSÃO MOTORISTA

E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0617 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3256-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

10/11/2011
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204





AUTO-ATENDIMENTO - Ag. Cabo Branco/PB
DATA: 24/05/2017 HORA: 09:47:59
TERMINAL: 00361077 CONTROLE: 003610770067

AGÊNCIA: 0617 - MINISTRO JOSE AMER
CONTA: 013.00005256-2
CLIENTE: JOSIAS G. DA SILVA FILHO

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS DE POUPANÇA POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
28/04	[REDACTED]
01/05	[REDACTED]
12/05	[REDACTED]

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
28/04	[REDACTED]
01/05	[REDACTED]

RESUMO EM 23/05

SALDO	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]

SALDO TOTAL

O PAGAMENTO DO ABONO SALARIAL 2016/2017
ENCERRA-SE EM 30/06/2017. CONSULTE VIA
APP CAIXA TRABALHADOR OU 0800-726 0207

"Pense antes de imprimir, conserve o meio ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



DECLARAÇÃO

Eu, JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO,
Portador (a) do RG nº 1.029.215, e do CPF nº 136.936.741-87,
DECLARO, Para os devidos fins, junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO
SEGURO DPVAT S/A, que estive presente na Agência do BANCO: CAIXA E. FIDENAL,
e a conta de minha titularidade nº 5256-2, agência nº 0617,
encontra-se ativa desbloqueada e sem limites para movimentação financeira, sendo possível o
depósito referente à minha indenização do seguro DPVAT. Pelo que firmo a presente.

Josias Gomes da Silva Filho
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

19 JUN 2011



367928

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil

1º Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00920.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00920.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:06 horas do dia 16 de maio de 2017, 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 Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Josias Gomes da Silva Filho**, CPF nº 436.936.794-87, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Eunice Gomes da Silva e Josias Gomes da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 02/05/1965 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Av. Aragão e Melo, Nº 377, complemento casa, bairro Torre, tendo como ponto de referência Proximo Ao Mercado, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-3132.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Barão de Mamanguape, Outros, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/02/17 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS ESD, DE COR PRETA, ANO 2013, PLACA OFY-4224-PB, CHASSI Nº 9C2KD0540DR127311, EM NOME DO NOTICIANTE, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA, CONFORME CERTIDÃO ASSINADA PELA DRA. ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM 3883-PB, DATADO DE 13/03/2017, O NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

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, 16 de maio de 2017.

CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação

JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO
Noticiante

19 JUN 2017

Procedimento Policial: 00920.01.2017.1.00.420

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 11:03:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120911031347400000035887738>
Número do documento: 20120911031347400000035887738

Num. 37616557 - Pág. 7

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO portador da carteira de identidade nº 1.029.745 e inscrito no CPF/MF sob o nº 436.936.794-87, residente e domiciliado na Rua Aragão de Melo, 377 - TORRE, Cidade JONAS PEIXOTO, Estado PIAUI, 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:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data





REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAM



0003

Imprimir/Arquivar

CHPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 705/032, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1598692, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO, idade 52 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 10/02/2017, na Av. Barão de Mamanguape, Bairro: Torre - João Pessoa - aproximadamente às 15:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 11 de Maio de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico:
CREIS: 66130-10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242, 3218.9125



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, JOSÍAS GOMES M SILVA FILHO

RG nº 1.029.745, data de expedição 19/05/2011 Órgão SS DS/PB

CPF nº 436.936.794-87, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA ARAGÃO E MELO</u>
Número	<u>377</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>TORRE</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.040-102</u>
Telefone de Contato	<u>81-3538-0069-98721-5834</u>
E-mail	<u>valvino.spe@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Abreu e Lima/PB 16/06/2017

Assinatura do Declarante: Josias Gomes Silveira Filho

16/06/2017



**CAGEPA**

Companhia de Águas e Esgotos de João Pessoa
Rua Feliciano Cirino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP 58.155-070 - CNPJ 02.123.567/0001-27

NOME DO USUÁRIO:
CAGEPA/CAJUEIROS

186775

REFERENCIA

MAI/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JOSIAS GOMES DA SILVA
RUA ARAGAO E MELO 1

TORRE 58040-102
JOAO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
001.61.325.0117	0	0 0 0	186775
Hidrômetro YISN463602	Data de Instalação 05/01/2016	Localização 2	Situação Água LIGADO Situação Esgoto LIGADO

ANTERIOR / ATUAL / CONSUMO (m ³) / NUM. DE DIAS / PRÓXIMA LEITURA						
98	103	10	32	04/06/2017		
HIST. DE CONS. ANOR. LEIT. / QUAL ID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.						
NOV/2016	7	0	PARA METROS	EXIG	ANALIS.	CONFORMES
DEZ/2016	7	0	TURBIDEZ	294	267	267
JAN/2017	8	0	COR	77	106	06
FEV/2017	7	32	CLORO	94	267	267
MAR/2017	3	0	COL. TÉRMIC	0	0	0
ABR/2017	6	0	COL. TOTAIS	197	267	267
MÉDIA(m ³)	6		DADOS REFERENTES A FEV/2017			

DATA DA LEITURA: 08/05/2017 HORA DA LEITURA: 16:26:32
DESCRICAÇÃO CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m³ 10 36,34 39,47 R\$66,31

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$6,13 PIS E COFINS LEI 12.741/12
VENCIMENTO: 10/06/2017 Total a Pagar: R\$66,31

v.16.11 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA REALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO REAL TIPO DE TARIFA NORMAL
POSIÇÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(H) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMAÇOES GERAIS:
Em conformidade com art 3 da lei 11.627/2008, informamos que não
há pendência cuja futura vencida para este tributo.
Esta declaração substitui a comprovação
dos faturamento pagos com vencimento até 31/12/2016.

MATRÍCULA	REFERENCIA	EMETIMENTO	TOTAL A PAGAR
186775	MAI/2017	02/06/2017	R\$66,31

82690200000-9 66313C103.0-3 01367 525.0-2 11222002002-1





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**, portador(a) do RG Nº **7.742.986**

Expedido por **SDS/PE**, em **26/01/2005**, CPF/CNPJ nº **884.647.684-00**, na qualidade de

Procurador (a) /intermediário (a) do beneficiário (a)
Josias Gomes da Silva Filho do
sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima
Josias Gomes da Silva Filho, e conforme

Determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: **recuso-me** Renda Mensal: **recuso-me**

Documentos comprobatórios: **HABILITAÇÃO E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA**

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





CERTIDÃO

Nº. 0353/2017

Atendendo solicitação da **JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 5142 pertencente ao mesmo que foi atendido dia 10/02/17 as 16:24min paciente vítima de acidente de moto trazido pelo SAMU, refere dor em membro inferior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura de tibia direita. Medicado, realizado imobilização e liberado.

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

João Pessoa, 13 de março de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida

Médica da Vigilância à Saúde

CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde

CRM/PB 3883



FEIRA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
UA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
3056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () CNPJ: Ficha Nr: 5142 Attd: Nao Regula
Data: 10/02/2017
Hora: 16:24:48
Recepçionista: MARIA HELENA R. ALEXA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1029745 Fone: 988883132
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 02/05/1965 Id: 51 ano(s) 100
End.: AVENIDA ARAGAO E MELO - ATE 679/680, 377
Bairro: TORRE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Pai: EUNICE GOMES DA SILVA Pai: JOSIAS GOMES DA SILVA

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES)

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

esp.: IRMAO/JOSELITO GOMES DA SILVA
tel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 14:30H NA RUA ARAGAO E MELO

Vitima de violência por: NA TORRE

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

tipo de Classificação de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

FR: [] Aparentemente Bem [] Grave

TP: [] Politraumatizado [] Convulsao

ESO: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia

Solicem: IMC: [] Diarreia [] Agitado

perc. Abd: 02%: [] Regular [] Chocado

Queixa Principal:

Observacao

ACIDENTE DE MOTO, lesão em M/D - NECA PANCAL
NA CABECA!

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Refuteu dor de dor no tórax
fisico - fisiologico a ST

diagnóstico

lesão da conduta de trânsito

Prescrição

Horário da medicacão

19/02/2017

data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Intd | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

Reservado p/ liberação
Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Cárимbo do Médico



0012-

19 JUN 2011



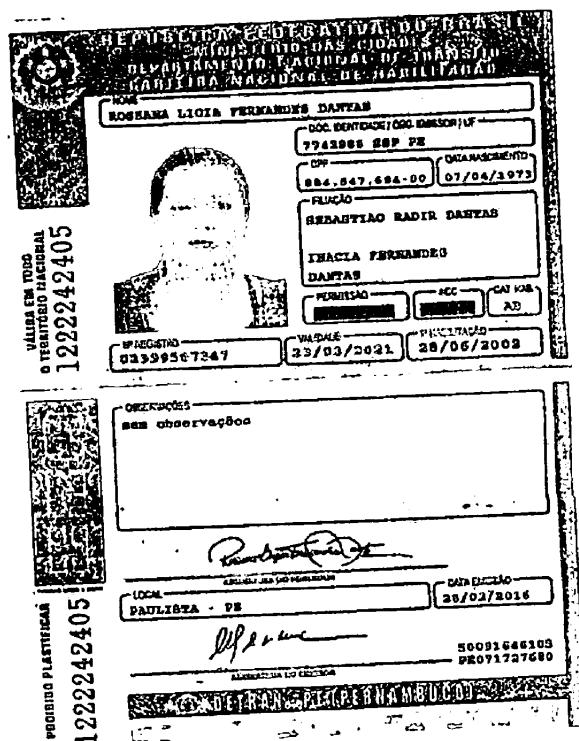
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 11:03:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120911031347400000035887738>
Número do documento: 20120911031347400000035887738

Num. 37616557 - Pág. 17

Documentos de identificação



-0012-



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 11:03:13
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120911031347400000035887738
Número do documento: 20120911031347400000035887738

Num. 37616557 - Pág. 18



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DÁNOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT																																											
PB Nº 012506793803 - BILHETE DE SEGURO DPVAT																																											
<p align="center">ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204</p>																																											
<table border="1"> <tr> <td align="center">EXERCÍCIO</td> <td align="center">DATA EMISSÃO</td> </tr> <tr> <td align="center">2016</td> <td align="center">28/04/2016</td> </tr> <tr> <td align="center">VIA</td> <td align="center">PLACA</td> </tr> <tr> <td align="center">43693679987</td> <td align="center">OFY4221/PB</td> </tr> <tr> <td align="center">FILNAVAM</td> <td align="center">MARCA / MODELO</td> </tr> <tr> <td align="center">00531967506</td> <td align="center">BONDA/NM 2000 BROS ESD.</td> </tr> <tr> <td align="center">ANO FAB.</td> <td align="center">Nº CHASSI</td> </tr> <tr> <td align="center">2013</td> <td align="center">L9C4KD0540BR127311</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">PRÊMIO TÁRIFÁRIO</td> </tr> <tr> <td align="center">FNS (R\$)</td> <td align="center">DENATRAN (R\$)</td> <td align="center">OÚSTO DO SEGURO (R\$)</td> </tr> <tr> <td align="center">*****</td> <td align="center">*****</td> <td align="center">*****</td> </tr> <tr> <td align="center">CUSTO DO BILHETE (R\$)</td> <td align="center">PAGAMENTO</td> <td align="center">TOTAL PAGO PELO SEGURO (R\$)</td> </tr> <tr> <td align="center"><input type="checkbox"/> PAGAMENTO</td> <td align="center"><input type="checkbox"/> PARCELADO</td> <td align="center">DATA DE QUITAÇÃO</td> </tr> <tr> <td align="center"><input type="checkbox"/> PAGAMENTO</td> <td align="center"><input type="checkbox"/> PARCELADO</td> <td align="center">04/03/2016</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="3">SEGURADORA LÍDER - DPVAT</td> </tr> <tr> <td align="center">CNPJ 09.248.608/0001-04</td> <td align="center">www.seguradoralider.com.br</td> <td align="center">04/03/2016</td> </tr> <tr> <td align="center">54402-1022059-20160428</td> <td align="center"></td> <td align="center"></td> </tr> </table>		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	2016	28/04/2016	VIA	PLACA	43693679987	OFY4221/PB	FILNAVAM	MARCA / MODELO	00531967506	BONDA/NM 2000 BROS ESD.	ANO FAB.	Nº CHASSI	2013	L9C4KD0540BR127311	PRÊMIO TÁRIFÁRIO		FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	OÚSTO DO SEGURO (R\$)	*****	*****	*****	CUSTO DO BILHETE (R\$)	PAGAMENTO	TOTAL PAGO PELO SEGURO (R\$)	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO	04/03/2016	SEGURADORA LÍDER - DPVAT			CNPJ 09.248.608/0001-04	www.seguradoralider.com.br	04/03/2016	54402-1022059-20160428		
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO																																										
2016	28/04/2016																																										
VIA	PLACA																																										
43693679987	OFY4221/PB																																										
FILNAVAM	MARCA / MODELO																																										
00531967506	BONDA/NM 2000 BROS ESD.																																										
ANO FAB.	Nº CHASSI																																										
2013	L9C4KD0540BR127311																																										
PRÊMIO TÁRIFÁRIO																																											
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	OÚSTO DO SEGURO (R\$)																																									
*****	*****	*****																																									
CUSTO DO BILHETE (R\$)	PAGAMENTO	TOTAL PAGO PELO SEGURO (R\$)																																									
<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO																																									
<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO	04/03/2016																																									
SEGURADORA LÍDER - DPVAT																																											
CNPJ 09.248.608/0001-04	www.seguradoralider.com.br	04/03/2016																																									
54402-1022059-20160428																																											

۱۹۷

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170336345 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 10/02/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIREITA E LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170336345 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 10/02/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame VÍTIMA REFERE DOR NO TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS
médico pericial: ARTICULARES DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

UF do CRM do médico: PB

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR



BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: JOSIAS GOMES DA SILVIA FILHO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: Divorciado
Profissão: MOTORISTA
Identidade: J.029.745 CPF: 436.936.794-87
Endereço: Rua ARAGAC E MELO nº 377. TURTE
JOÃO PESSOA-PB - CEP 58.040-302.

PROCURADOR:

Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: AV. JOAQUIM NABUCO, N° 200, TIMBO, ABREU E LIMA -PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, enfim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro do beneficiário/vítima, até o de sua liquidação, dando por fiel cumprimento deste Mandato.

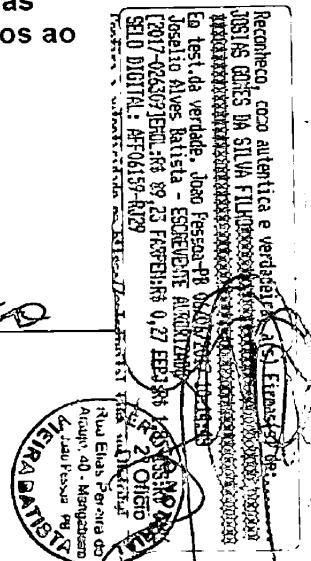
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

18/03/2021

Local e data

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)



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: 12/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000005256-2

Nr. da Autenticação 24F18121C45EFDEE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 11:03:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120911031347400000035887738>
Número do documento: 20120911031347400000035887738

Num. 37616557 - Pág. 23

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO** Sinistro: **3170336345** Data: **10/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **R PROF ARNALDO DE BARROS MOREIRA, 8, 8 - MANGABEIRA - João Pessoa - PB - CEP 58055-620**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1029745**

Data local do exame: [**06/07/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA. VÍTIMA REFERE DOR NO TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO
DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO DIREITO.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidade total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do tornozelo direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08527507020178152001

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 **JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO**, 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.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 11:03:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120911031397100000035887742>
Número do documento: 20120911031397100000035887742

Num. 37616561 - Pág. 1

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 4 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 11:03:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120911031397100000035887742>
Número do documento: 20120911031397100000035887742

Num. 37616561 - Pág. 2