

**DADOS DO PROCESSO**

NÚMERO DO PROCESSO 00009602220198173370		UF PE	COMARCA Serra Talhada
FORO Não aplicado		VARA 1 - Vara Cível	
DATA DA DISTRIBUIÇÃO 06/09/2019	DATA DA CITAÇÃO 04/09/2019	DATA DA AUDIÊNCIA 19/09/2019	DATA DO SUBSTABELECIMENTO
NOME DO AUTOR JOSE BRENO GOMES E SILVA			CPF DO AUTOR 10682944424
ADVOGADO ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO			OAB/UF 46087-PE
PATROCÍNIO JOAO BARBOSA			
STATUS DA PASTA ATIVA	STATUS ALTERADO EM 06/09/2019		INDÍCIO DE IRREGULARIDADE NÃO

**ARQUIVOS DO PROCESSO**

TIPO DOCUMENTO	DATA INCLUSÃO	PRAZO / DIA	LIMITE INCLUSAO
Citação	06/09/2019 15:04:28	3 / DENTRO	11/09/2019
Inicial	09/09/2019 11:20:42	8 / DENTRO	18/09/2019
Boletim de Ocorrência	09/09/2019 11:21:03	/	
Parecer Informativo NSJ	13/09/2019 14:02:18	/	

**COMPLEMENTO DOS DADOS DO PROCESSO**

TIPO DE PEDIDO Diferença de Invalidez	VALOR DO PEDIDO R\$ 8.775,00
--	---------------------------------

**ENVOLVIDOS CADASTRADOS**

NOME	CNPJ/CPF	PAPEL	PASTAS VINCULADAS	SEGURADORA CONSORCIADA	CÓDIGO SEGURADORA
JOSE BRENO GOMES E SILVA	10682944424	Autor/Representante Legal	1		
JOSE BRENO GOMES E SILVA	10682944424	Vítima	1		
ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO	-	Advogado Adverso	44		
DIOGENES PORTELA SABOIA SOARES TORRES	-	Juiz	305		

**SINISTRO ALVO**

NOME DA VÍTIMA JOSE BRENO GOMES E SILVA		
CPF DA VÍTIMA 10682944424	DATA DE NASCIMENTO 03/01/1994	NATUREZA DO SINISTRO Invalidez
DATA DO SINISTRO 26/06/2017	UF PE	MUNICÍPIO Serra Talhada
CATEGORIA DO VEÍCULO CiclomotorMotonetaMotocicletaTriciclo		

<b>NÚMERO DO SINISTRO</b> 3190522808	<b>DATA RECLAMAÇÃO</b> 04/09/2019	<b>VIA</b> JUD
<b>PEDIDO</b> Invalidez	<b>SITUAÇÃO</b>	<b>TRANSAÇÃO OCORRIDA EM</b> -
<b>MÉRITO</b>	<b>NATUREZA DO MOVIMENTO</b>	<b>VALOR PAGO</b> R\$0,00
<b>CPF BENEFICIÁRIO</b> -	<b>NOME DO BENEFICIÁRIO</b> -	
<b>NÚMERO DO SINISTRO</b> 3170583717	<b>DATA RECLAMAÇÃO</b> 31/10/2017	<b>VIA</b> ADM
<b>PEDIDO</b> Invalidez	<b>SITUAÇÃO</b> Pago	<b>TRANSAÇÃO OCORRIDA EM</b> 21/11/2017
<b>MÉRITO</b> -	<b>NATUREZA DO MOVIMENTO</b> Invalidez	<b>VALOR PAGO</b> R\$ 4.725,00
<b>CPF BENEFICIÁRIO</b> 10682944424	<b>NOME DO BENEFICIÁRIO</b> JOSE BRENO GOMES E SILVA	
<b>DIAS ENTRE RECLAMAÇÃO ADM X CITAÇÃO JUD.</b> 673	<b>DATA DA RECLAMAÇÃO</b> 31/10/2017	<b>ATO DECLARATÓRIO?</b> Não
<b>PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO</b> JOSE BRENO GOMES E SILVA		
<b>PLACA</b> PGK-9097	<b>CHASSI</b> 9C2KC1650CR551212	<b>MARCA/MODELO</b> HONDA/ CG 150 TITAN ESD
<b>DT. VENC. SEGURO OBRIGATÓRIO</b> 21/02/2017	<b>DATA PAGAMENTO DO PRÊMIO</b> 06/01/2017	<b>STATUS DO PRÊMIO</b> Adimplente
<b>HOSPITAL DO BAM</b> HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES	<b>DELEGACIA</b> DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL	<b>BOLETIM DE OCORRÊNCIA?</b> Sim
<b>DINÂMICA DO ACIDENTE</b> COLISÃO ENTRE VEÍCULO E MOTOCICLETA		
<b>LOCAL DO ACIDENTE</b> BR 232 - KM 410,0 - SERRA TALHADA - PE		
<b>FALHA NA REGULAÇÃO?</b> Não	<b>MOTIVO DA FALHA</b>	<b>JUSTIFICATIVA DA FALHA</b>
<b>HÁ NEXO DE CASUALIDADE NOS DOCUMENTOS JUNTADOS PELA VÍTIMA?</b> Sim		

**LESÕES CONSTATADAS**

<b>DATA DA AMP</b>	<b>TIPO AVALIAÇÃO MÉDICA</b>		
10/11/2017	AVALIAÇÃO MÉDICA ADMINISTRATIVA		
<b>AVALIAÇÃO</b>			
Limitação funcional do membro inferior direito			
<b>TIPO DE LESÃO</b>			
8. Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores			
<b>ASSISTENTE/PERITO</b>			<b>CRM/UF</b>
Ricardo de Araujo Leite			4507CE
<b>GRADUAÇÃO</b>		<b>EMPRESA MÉDICA</b>	
50 %		ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA	
<b>NOME DA VITIMA</b>			
JOSE BRENO GOMES E SILVA			
<b>NÚMERO DO SINISTRO</b>		<b>NÚMERO DA PASTA</b>	
3170583717		2644245	

**EXCLUDENTES LEGAIS**

<b>PRESCRIÇÃO?</b>	
NÃO	
<b>LITISPENDÊNCIA?</b>	<b>OBSERVAÇÃO LITISPENDÊNCIA</b>
NÃO	
<b>COISA JULGADA?</b>	<b>OBSERVAÇÃO COISA JULGADA</b>
NÃO	

**OBSERVAÇÃO FINAL**

PARECER FINALIZADO SEM INFORMAÇÃO ADICIONAL.

FAVOR ATENTAR PARA OS DADOS PREENCHIDOS NOS CAMPOS ACIMA.