



01/02/2021

Número: **0803096-12.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR (AUTOR)		LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA (ADVOGADO) MARCILIO FERREIRA DE MORAIS (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
38939 202	01/02/2021 12:00	Petição	Petição
38939 203	01/02/2021 12:00	2693602_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
38939 205	01/02/2021 12:00	2693602_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190540486

Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Data do Acidente: 01/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14795386





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, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190540486

Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Data do Acidente: 01/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00081/00082 - carta_02 - INVALIDEZ

00050041



Carta nº 14824876





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, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190540486

Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Data do Acidente: 01/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000001617-9

Conta: 0000041235-X

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

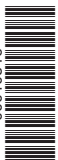
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01691/01692 - carta_15R - INVALIDEZ

00010846





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

102.144.914-80

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Joelito Barbosa dos Santos Junior
6 - CPF: 102.144.914-80
7 - Profissão: Trabalhador de grande risco
8 - Endereço: Rua: Tel. João Oscar
9 - Número: 354
10 - Complemento:
11 - Bairro: Trincheiras
12 - Cidade: João Pessoa
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58011-110
15 - E-mail:
16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1617

9

CONTA: 41235

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do evento.

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 de Setembro 2019

Caro Seguradora Líder
Sr. Com Pedro L. F. de S. João Pessoa-PB

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou reaturo (vairas)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa, 10 de Setembro 2019
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



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

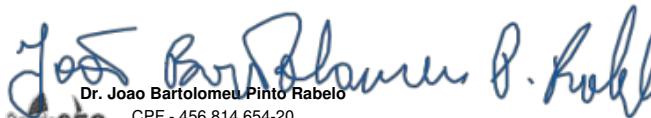
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190540486
Nome do(a) Examinado(a): Joselito Barbosa dos Santos Junior
Endereço do(a) Examinado(a): R Telg Joao Oscar, 354
Trincheiras Joao Pessoa PB CEP: 58011-010
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3438656
Data local do acidente: [01/02/2017]
Data local do exame: [11/10/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
Complicações: EVOLUIU COM OSTEOMIELITE, TENDO SIDO NECESSÁRIO NOVAS CIRURGIAS PARA LIMPEZA E DESBRIDAMENTO E POSTERIORMENTE RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE.
Data da Alta: 28/12/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA PERNA DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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 |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

102.144.914-80

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Joelito Barbosa dos Santos Junior
6 - CPF: 102.144.914-80
7 - Profissão: Trabalhador de grande risco
8 - Endereço: Trincheiras
9 - Número: 354
10 - Complemento: João Tessa
11 - Bairro: Trincheiras
12 - Cidade: João Pessoa
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58011-110
15 - E-mail:
16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1617

9

CONTA: 41235

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do evento.

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 de Setembro 2019

Caro Seguradora Líder
V. Com Pedro L. F. de S. 100-João Pessoa-PB

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou reaturo (vairas)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa, 10 de Setembro 2019
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)



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:	18/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01617-9

CONTA: 000000041235-X

Nr. da Autenticação 9E28403BBAA69C6F





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670
CNPJ: 09.123.654/0001-67 - INSC. ESTADUAL N° 140572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 201906430315

ESCRITÓRIO

JOAO PESSOA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
00043031.5

MATRÍCULA 00043031.5	CLIENTE VERONICA MARTINS DE OLIVEIRA	CPF/CNPJ: 929.XXX.XXX-XX	VENCIMENTO 15/06/2019
INSCRIÇÃO 001.004.385.0229.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA TELS JOAO OSCAR, 354 - TRINHEIRAS JOAO PESSOA PB 58011-010	FATURA 06/2019	
RESPONSÁVEL: ENDEREÇO PARA ENTREGA		ÁGUA LIGADA	ESGOTO LIGADA

ÚLTIMOS CONSUMOS				LEITURA		CONSUMO		CONSUMO/DIA
05/2019 -	16	04/2019 -	0	ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)
03/2019 -	0-9	02/2019 -	0-9	17	34	17	30	0,57
01/2019 -	0-9	12/2018 -	0-9	02/05/2019	01/06/2019	NºHm: Y19FL08565		
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA		COD. AUXILIAR					
1	17	R. 53019						

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE ATE 10 M3 - R\$ 17,81 (POR UNIDADE) 11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,59 POR M3 ESGOTO RESIDENCIAL 001 UNIDADE ATE 10 M3 - R\$ 30,33 (POR UNIDADE) 11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,51 POR M3 PARCELAMENTO DE DÉBITOS - PARCELA 3/40 - AUMENTO (R) MRS (R) ANT. 04/2019 JURCS DE MORA 04/2019	10 M3 7 M3 10 M3 7 M3	27,81 24,23 30,33 2,23 89,44 1,00 0,26

Valor aproximado das tribuições PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, MS 19/14

TOTAL R\$ 199,98

SR. USUARIO: EM 31/07/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO.
COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.
CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 05/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	VL. Médio	Parâmetro	VL. Médio	Parâmetro	VL. Médio	Parâmetro	VL. Médio
Turbidez	0,90	Cor Aparente	1,80	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	1,90	F.H.	6,40	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 12/08/2019



MATRÍCULA
00043031.5

INSCRIÇÃO
001.004.385.0229.000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

FATURA
06/2019

NÃO RECEBER APÓS
30/06/2020

Gente Seguradora S/A
Rua do Padre L. 776 SL. 106-João Pessoa PB

VENCIMENTO 15/06/2019

VALOR R\$ 199,98

GRUPO: 105

FIRMA: 2

82680000001-8 99980010001-1 00043031501-0 06201950003-2

VIA CAGEPA



LUCIA DE FATIMA GOMES MENDONÇA
RUA JOAO TEIXEIRA DE CARVALHO 349 - PEDRO GONDIM
JOAO PESSOA / PB CEP 58031220 (A3 1)

Uso: MONOFASICO
C/Soc: RES MTC BT / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 3 - S - 118 - 3430
Medidor: 8002942802
Referencia: Set / 2019
Emissao: 06/09/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-200, Km 25 - Centro Redentor, João Pessoa/PB - CEP 58071400
CNPJ/Nº 06.182.000/1-40 - Ins. Est. 16.015.925-6

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 00.005.467
Cód. para Ode. Autenticação: 00001162139

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RAND
Set / 2019 06/09/2019 08/10/2019 154.213.094-87
mrc Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/115313-9

Canal de contato
Junto ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinaBrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 07/08/18	Leitura 9539	Data 06/09/19	Leitura 5885	
				30

Descrição	Quantidade	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0001 Consumo em kWh	270,000	0,634740	225,39	225,39	27	80,89	225,39	0,23	10,29
0001 Ado. B. Vermeles	18,01	18,01	27	4,30	18,01	0,19	0,73		
0007 CONTRIB SERV ILUM PUBLICA	10,86	0,05	0	0,00	0,00	0,00	0,00		

CIC Código de Classificação do Item TOTAL 252,25 241,38 66,17 241,38 2,38 11,02
Taxa de Tributos 0,583982

Média últimos meses (kWh) 221
VENCIMENTO 13/09/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 252,25

Histórico de Consumo (kWh)
0 27 166 236 114 272 228 385 304 389 233 228
Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Feb/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19

2dcd 63a1 8145.f606 2ad0.06d0.71b9.e8d2

Indicadores de Qualidade 7/2018-Totais		Comparação de Tensões	
Limite da Rede da AEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
PMENSAL 6,57	2,00	NOMINAL 220	
Q3 TRIMESTRAL 19,34			
Q4 ANUAL 19,34			
Q3 ANUAL 19,34	1,00	CONTRATADA 220	
Q4 TRIMESTRAL 12,45		LMITE INFERIOR 220	
Q4 ANUAL 12,45		LMITE SUPERIOR 220	
Q3 TRIMESTRAL 12,45	2,00		
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			
Q4 ANUAL 12,45			
Q3 ANUAL 12,45			
Q4 TRIMESTRAL 12,45			



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Libni Diego Pereira de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.714.329.74
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joelito Barbosa dos Santos Junior inscrito
(a) no CPF sob o Nº 102.144.914.812 do sinistro de DPVAT cobertura Qualidade 3 da Vitima
Joelito Barbosa dos Santos Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.144.914.812, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os

☒ 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	Rua: <u>João Teixeira de Carvalho</u>	Número	<u>349</u>	Complemento	
Bairro	<u>Pedro Gondim</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>
E-mail		CEP	<u>58031-220</u>		
		Telefone comercial(DDD)	<u>83.9512.6017</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83.986008077</u>

João Pessoa 11 de Setembro de 2019
[Assinatura]
Local e Data

Assinatura do Declarante

V001/2017





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 20422689267

Número do Benefício: 6212650962

Espécie: 31

Número do Requerimento: 184641311

Ao Sr. (a): JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

Endereço: TELEGRAFISTA JOAO OSCAR 354, TRINCHEIRAS

CEP: 58011010 Município: JOAO PESSOA

UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Indeferimento do Pedido

Motivo: Não Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991. Art. 71 do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 12/12/2017, informamos que não foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que não foi constatada, em exame realizado pela perícia médica do INSS, a incapacidade para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual.

Desta decisão poderá ser interposto Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, dentro do prazo de 30 (trinta) dias respectivamente, contados da data do recebimento desta comunicação.

Data, 15 de Janeiro de 2018



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência JOAO PESSOA BELA VISTA
CEP: 58010400 Município: JOAO PESSOA

Endereço: RUA BARAO DO TRIUNFO, 307
UF: PB VARADOURO

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Cliente,





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324961/19

Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIO

CPF: 102.144.914-80

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 01/02/2017

Titular do CPF: JOSELITO BARBOSA DOS
SANTOS JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA : 057.714.324-74

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

JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR : 102.144.914-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/09/2019
Nome: LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA
CPF: 057.714.324-74

LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreendida, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amaldi seja tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Converse e discuta no trabalho, preduzam a acidentes pela desatenção.

Leia e refita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os óculos, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Coloque o manto dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 14740 Série 00035/PB

Suelio Moreira Torres
ASSINATURA DO PORTADOR



Nome: José Luis Barbosa dos Santos Júnior
 Loc. Nas: Quil. Pácora Est. PB Data 27.08.93
 Etnia: mulato, Barbosa dos Santos e
crampa e Martins da Silva
 Doc. N.º 1438234-55713

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. Nº

Exp. em Estado

Obs.:

Data Emissão: 01.02.2011 SRTE: João Pessoa / PB

Assinatura do Funcionário EM 3506-8

(Com relação a nome, est. civil e data nasc.)

Nome.....

Doc.....

Nome.....

Doc.....

Nome.....

Doc.....

Est. Civil.....

Doc.....

Est. Civil.....

Doc.....

Est. Civil.....

Doc.....

Nascimento.....

Doc.....

Doc.....



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540486 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR **Data do acidente:** 01/02/2017 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA PERNA DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: PERICIANDO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA SOFREU FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA, FOI TRATADO CIRURGICAMENTE, OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM INFECÇÃO (OSTEOMIELEITE), SENDO NECESSÁRIOS NOVOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PARA LIMPEZA DESBRIDAMENTO E RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE, NO MOMENTO APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA, SEM SINAIS DE INFECÇÃO ATIVA, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA DA PERNA DIREITA, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540486 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR **Data do acidente:** 01/02/2017 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA PERNA DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: PERICIANDO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA SOFREU FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA, FOI TRATADO CIRURGICAMENTE, OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM INFECÇÃO (OSTEOMIELITE), SENDO NECESSÁRIOS NOVOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PARA LIMPEZA DESBRIDAMENTO E RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE, NO MOMENTO APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA, SEM SINAIS DE INFECÇÃO ATIVA, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA DA PERNA DIREITA, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540486 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR **Data do acidente:** 01/02/2017 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA.(OSTEOMIELEITE)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. PÁG 5/8/13

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: (X) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540486 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR **Data do acidente:** 01/02/2017 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA.(OSTEOMIELEITE)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. PÁG 5/8/13

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: (X) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



OUTORGANTE: Joselito Barbosa dos Santos Junior
brasileiro (a), estado civil solteiro, profissão Acabador de granito
Documento de identificação CNH nº 067404670, data da expedição: --
17/09/2015 CPF/MF nº 102.144.919-80, residente e domiciliado
(a) Rua R. Telo. João Oscar Nº 354 Truques
cidade de João Pessoa, Estado PB
CEP 58011-010, telefone: ---

OUTORGADO: LIBN DIEGO PEREIRA DE SOUSA, RG Nº 2933675, CPF/MF nº 057.714.324-74, com endereço cito à Rua: João Teixeira de Carvalho, 349 Bairro: Pedro Gondim, cidade de João Pessoa, Estado Paraíba.

OUTORGADO: MARCILIO FERREIRA DE MORAIS, RG Nº2797451, CPF/MF nº 075.198.084-67, com endereço cito à Rua: João Teixeira de Carvalho, 349 Bairro Pedro Gondim, cidade de João Pessoa, Estado Paraíba.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar e entregar documentos referentes a pedidos de indenizações do **SEGURO DPVAT** junto as Seguradoras credenciadas à Líder em todas as naturezas (**INVALIDEZ, ÓBITO E DAMS**), receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso e Acompanhar o andamento do sinistro, apresentar documentos que por ventura sejam solicitados posteriormente, ser informado sobre a data da perícia com médico credenciado pela Líder, realizar contestações Junto à Líder e a SUSEP.

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

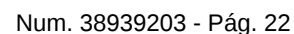
Scouto
Servizio
Notarile

[Handwritten signature]

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

OUTORGANTE

12 OCT 2019

[illegible]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324961/19

Vítima: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIO

CPF: 102.144.914-80

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 01/02/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA : 057.714.324-74

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

JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR : 102.144.914-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/09/2019
Nome: LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA
CPF: 057.714.324-74

LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08030961220208152001

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 **JOSELITO BARBOSA DOS SANTOS JUNIOR**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

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

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente, não havendo de se falar em complementação de indenização.

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 28 de janeiro 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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 12:00:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020112002650700000037121687>
Número do documento: 21020112002650700000037121687