



Número: **0807431-39.2018.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NELSON PEDRO DA SILVA (AUTOR)		GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35784 281	22/10/2020 10:14	Petição	Petição
35784 284	22/10/2020 10:14	2750032_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_03	Outros Documentos
35784 285	22/10/2020 10:14	2750032_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
35784 286	22/10/2020 10:14	2750032_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **NELSON PEDRO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170611392**

Vítima: **NELSON PEDRO DA SILVA**

Data do Acidente: **28/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170611392**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 11987012

Pag. 01617/01618 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: NELSON PEDRO DA SILVA

Sinistro: 3170611392

Vítima: NELSON PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 28/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170611392** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00655/00556 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12011638



Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12078069

A/C: NELSON PEDRO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170611392
Vitima: NELSON PEDRO DA SILVA
Data do Acidente: 28/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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: NELSON PEDRO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000002340-0

Conta: 0000012330-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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

Pag. 01459/01460 - carta_15R - INVALIDEZ

00010730



Autorização de pagamento



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

FORMULÁRIO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

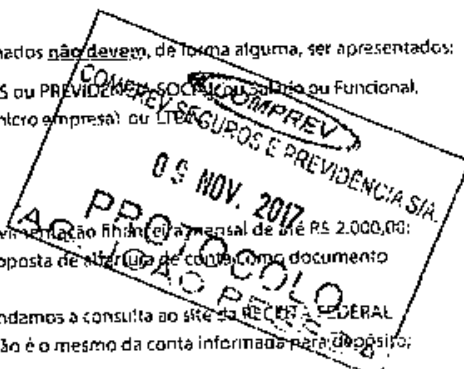
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

20. Nelson Pedro da Silva
 TITULAR(A) DO FG Nº 1.694.248 EXPEDIDO POR SSDS/RS EM 01/10/08 E
8.43.428.944-68 / CNPJ. PROFISSÃO Padreiro
 RENDA MENSAL DE R\$ 3.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Nelson Pedro da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

A Lei nº 4.314/64, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a manter cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação, posses, informações acerca da profissão e da 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, Civil ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas 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);
- CNPJ 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 SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2340 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12330-4

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

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

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

Assinado em 05 de outubro de 2017 Nelson Pedro da Silva
 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 aos legítimos beneficiários, 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 0800-0221704.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 10:14:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102210144249500000034176560>

Número do documento: 20102210144249500000034176560



Boletim de ocorrência

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01756.01.2017.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01756.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:21 horas do dia 21 de setembro 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **NELSON PEDRO DA SILVA**, CPF nº 873.728.944-68, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria José da Silva e Mário Pedro da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/09/1973 (44 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel Emiliano Bezerra, Nº 157, complemento APTº 101, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Final do Ponto de Ônibus do Parque do Sol, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98852-7523.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Flávio Ribeiro Coutinho, Próximo Ao Manaira Shopping, João Pessoa/PB, bairro Manaira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/03/17 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a **MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/POP 100, COR PRETA, ANO 2011/2012, PLACA OEX0649/PB, CHASSI 9C2HB0210CR409416, REGISTRADA EM NOME DE GENILSON AZEVEDO PEREIRA**, quando repentinamente uma **CAMINHONETE BRANCA, não identificada**, parou à sua frente para a passagem de uma senhora que atravessava a via, onde o noticiante não conseguiu frear e acabou colidindo na traseira da CAMINHONETE vindo a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1245/2017, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 29.08.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Que 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, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 21 de setembro de 2017.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

NELSON PEDRO DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01756.01.2017.1.00.420

1/1

02





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Nelson Pedro da Silva, portador da carteira de identidade nº 1694.148 e inscrito no CPF sob o nº 843.428.944-68 residente e domiciliado na Rua Manoel Emilianus Bezerra, 157 Ap. 101 - Quamame, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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.

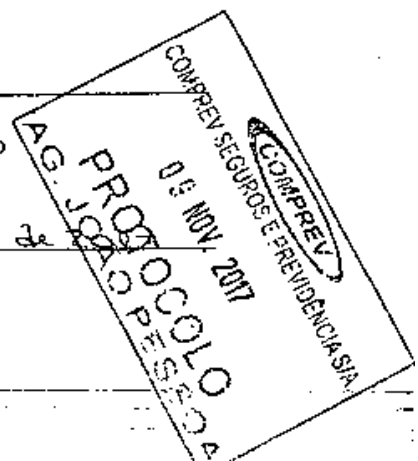
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Nelson Pedro da Silva

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 05 de outubro de 2017

Local e data



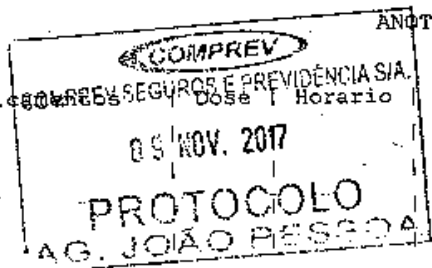
04



02

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Qtde | Medicamento | Dose | Horario | Evolucao



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NELSON PEDRO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02340-0

CONTA: 000000012330-7

Nr. Autenticação

BRADESCO0712201705000000000023702340000000012330253125 PAGO





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Nelson Pedro da Silva

RG nº 1.694.148, data de expedição 01/10/2008,
 Órgão SSRS/PM, CPF nº 843.178.944-68, venho perante a este
 instrumento declarar que não possuo comprovante de 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 Manoel Emiliano Bezerra</u>
Número	<u>154</u>
Aptº / Complemento	<u>Ap. 101</u>
Bairro	<u>Gramame</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58000-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3512-8500 / 99342-1170</u>
E-mail	<u>alexandracardante@hotmail.com</u>

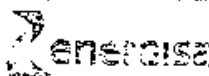
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa / PM 05/10/2017

Nelson Pedro da Silva
 Assinatura do Declarante



NELSON PEDRO DA SILVA
RUA MANOEL EMILIANO GZERRA, 157/A P 131 - GRAMAME
JOAO PESSOA/PB CEP: 53000000 (AS: 1)



Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO 220V, 1x23- Cota: Rede de Jato Verde / PB-CEP: 53001400
Roteiro: 17-5-034-480 Referência: 04/2017 CNF: 09025 103/000140 Ins. Est. 150155234
M. Medidor: 00X3523845 Emissão: 27/07/2017 Nota Fiscal/Contas de Energia Elétrica Nº001.300.094
Código para Bloqueio Automático: 80911000738

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

Conta referente a: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF/CNPJ/RAEM

Jul/2017 27/07/2017 29/08/2017 87372894468

UC (Unidade Consumidora): 5/1650073-8

Canal de contato:

ATENÇÃO - AVERIGUAÇÃO CADASTRAL 2017
Procure a Prefeitura da sua cidade até 15/08/2017 para atualizar seus dados no Cadastro Único e evitar a perda da Tarifa Social de Energia. Para mais informações ligue para o 0800-0830196 ou 0800-0830196.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (criada pela Lei nº 10.438, de 28 de março de 2002)

Prezado Cliente:
A partir deste mês, os clientes com cota com um valor superior a 10 kWh terão ainda mais clareza e compreensão das informações e dos componentes de consumo, e faturas, tarifas e composição da fatura. O valor da tarifa passou a ser aumentado de acordo com os impostos ICMS, PIS e COFINS, demonstrando o preço total de energia pago pelo cliente. Essas modificações não impactam nos valores finais pagos pelos clientes.

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Letura Data Letura Demonstrativa 142 22

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alto	Normal	Baixo	País	Outros
0001	Consumo até 200kWh-ER	30,000	0,216500	6,495	6,41	27	1,73	6,41	0,05
0001	Consumo - 31 a 100kWh-ER	70,000	0,366300	25,641	25,64	27	5,92	25,64	0,23
0001	Consumo - 101 a 220kWh-ER	42,000	0,569410	23,917	23,91	27	5,77	23,91	0,19
0001	Adic. B. Armazen			2,49	2,49	27	0,57	2,49	0,09
0010	Subtotal			58,47	58,47	27	8,85	58,47	0,29

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIB SERV ALIM PÚBLICA	2,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 05/2017	1,74	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 05/2017	3,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	PARCELAMENTO DE DÉBITO 08/17	25,83	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	Devolução Substit	24,38	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 112,22 34,07 25,28 34,07 0,75 3,43

Médo Gêneros (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

255 03/08/2017 R\$ 112,22

Histórico de Consumo (kWh)

227 | 221 | 233 | 754 | 227 | 229 | 488 | 0 | 208 | 194 | 189 | 359
Jul17 | Ago17 | Set17 | Out17 | Nov17 | Dez17 | Jan18 | Fev18 | Mar18 | Abr18 | Mai18 | Jun18

RESERVAÇÃO Nº 300

abc5.1ed4.90f5.9530.178e.c0f8.5062.ebac.

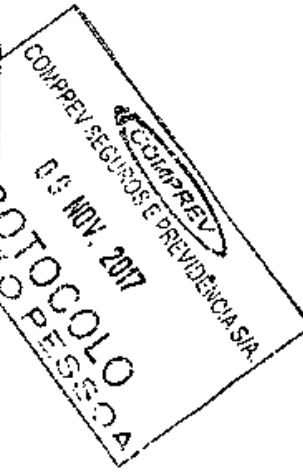
Indicadores de Qualidade - 07/2017 - Paraíba				Composição de Consumo		
Limites da ANEEL	Aparado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DC VENSIL	5,23	0,00	NORMAL	Serviços de Des. do Sistema	14,51	12,92
DC TR VESTRAL	10,82			Consumo de Energia	18,73	16,68
DC ANUAL	21,28			Serviços de Transmissão	2,00	1,78
DC VENSIL	3,38	0,00	CONTRATADA	Serviços de Distribuição	1,00	0,89
DC TR VESTRAL	6,72			Serviços de Operação e Manutenção	10,82	9,65
DC ANUAL	13,45			Serviços de Manutenção	10,82	9,65
DC VENSIL	3,38	0,00	LIMITE SUPERIOR	Taxa de Serviço	10,82	9,65
DC TR VESTRAL	6,72			Taxa de Serviço	10,82	9,65
DC ANUAL	13,45			Taxa de Serviço	10,82	9,65

ATENÇÃO

REEMBOLSO: Caso o (s) cliente(s) esteja(m) com o valor em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 15/08/2017. Conforme Resolução 414/04-ANEEL, o pagamento não é devido até o último dia útil do mês de vencimento, e caso o mesmo não seja comprovado na data acima, o cliente poderá sofrer na unidade consumidora o corte de fornecimento. Caso o cliente não tenha pago, desconsidere esta informação. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, pois estas já suspenderam o fornecimento no último dia útil do mês de vencimento. O prazo de suspensão de fornecimento não poderá ocorrer a qualquer momento até a data de vencimento da fatura, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. A suspensão de fornecimento não poderá ocorrer em dias de proteção ao cliente no caso de inadimplência. Sua unidade de faturamento é a Barra Renda, tendo um endereço de 5324-06. Leitura confirmada.

Faturas em atraso

05/07/2017 154,00
05/08/2017 310,00

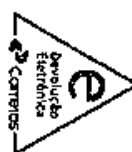


23

Comprovante de residencia



CTC RECIFE PE PL 12
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 93
MANAIRA
58038-460 - JOAO PESSOA - PB



16





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 COAF².

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 JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Nelson Pedro da Silva do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Nelson Pedro da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOURenda Mensal: R\$RECUSOUDocumentos comprobatórios: RECUSOU

[Assinatura]
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





CERTIDÃO

Nº. 1245/2017

Atendendo solicitação de EVANDRO G DO NASCIMENTO de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial nº 17371 e Prontuário nº 2017.03.004719 pertencentes a **NELSON PEDRO DA SILVA**, que foi atendido dia 28/03/2017 às 12H12min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membros inferiores e região torácica.

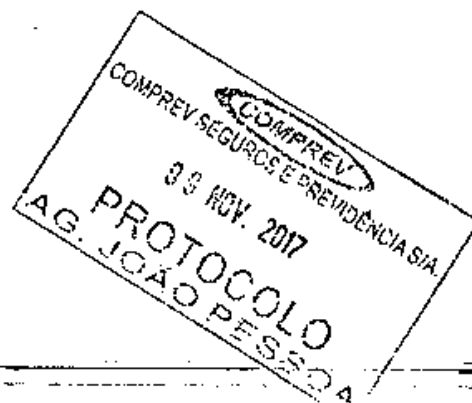
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de tíbia direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 18/04/2017 com alta médica dia 26/04/2017.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de agosto de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: Paciente em decúbito dorsal
Horizontal sobre Anestesia.

- Anestesia A Antissepsia
- Aplicação de curativos cirúrgicos

Incisão:

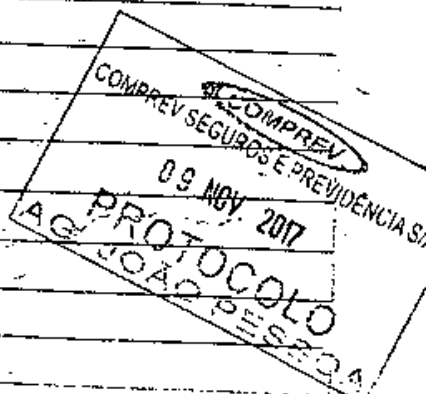
Achados: Visualização da pele exposta em perna (D)

Conduta:

- Lavagem com SF 0,9% de perna
- Redução da pele da perna
- Fixação da pele com Fios
- Extensão da pele
- Sutura de Placido
- Curativos

Fechamento:

OBS:



Dr. Enes P. Neta Neto
MEDICO
CRM - RN 8498

Data: 28/03/14

MEDICO/CRM

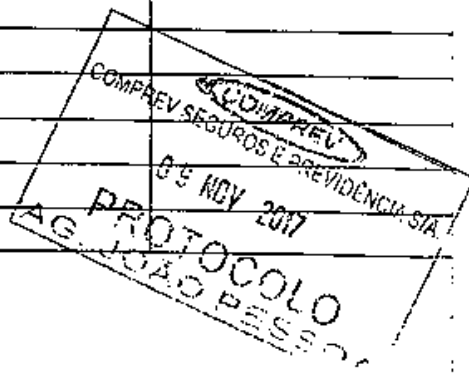
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-304, Mangabeira II, João Pessoa - PB





RELATÓRIO DE CIRURGIA

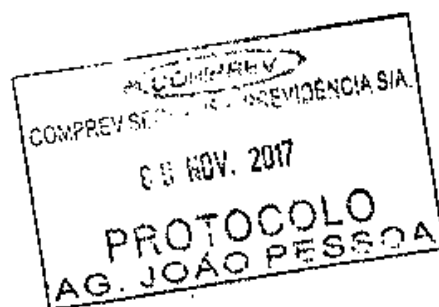
Nome: <u>Nelson Pedro da Silva</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>D^{ro} Rodrigo</u>			1º Assistente: <u>D^{ro} Araújo</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fx dos ossos da</u>					
<u>perna</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O mesmo.</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>- Redução Aberta (cruenta)</u>					
<u>- Fixação interna intramedular</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (☒) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (☒) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (☒) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DUT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB	Nº 9167911175
31111690143	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
PRT 20110000315394-0	
VIA 1	35282795-5
00/00000000	
NOME/ENDEREÇO	
GENILSON AZEVEDO PEREIRA	
RUA ANTONIO JOSE MOREIRA 111	
V FIGUEIREDO	
58064737 JOAO PESSOA - PB	
CNPJ/CNPJ	PLACA
10019681402	0EX0649/PB
NOME ANTERIOR	
NOVO/PRIMO MOTORES PEGAS LTDA	
PLACA ANT/NOV	CHASSI
NOVO - PB	9C2HB0210CR409416
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO-APLIC	GASOLINA
MARCA/MODELO	ANO FAB - ANO MOD
HONDA/POP100	2011 2012
CAP/POT/CIL	CATEGORIA
2 P/97 /CI	PARTIC
COR PREDOMINANTE	
PRETA	
OBSERVAÇÕES	
A.F. BV. FINANCEIRA S.A.	
N. Motor HB02E1C409416	
JOAO PESSOA - PB LOCAL	DATA
32280	05/10/2011
7003791	



f2



Dúvidas



DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, Nelson Pedro da Silva
brasileiro, deportado, pedreiro portador do RG de Nº
1.697.148 e CPF de Nº 813.728.944-68 vítima de acidente de
transito dia 28/03/17 no veículo moto de placa
OEX 0649, onde eu era condutor, de propriedade
de Germilson Azevedo Pereira, VENHO aqui informar
a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT que não posso atender a
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO solicitada pela SEGURADORA LÍDER por
um destes motivos abaixo marcado.

() o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE
VEÍCULO

(x) o proprietário do veículo não foi localizado.

Portanto, eu assino abaixo esta declaração me dispondo à
seguradora LÍDER por qualquer informação, e desde já peço que continue a análise do
meu processo de DPVAT INVALIDEZ pois eu não posso ser prejudicado por
um destes motivos acima.

Nelson Pedro da Silva
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

João Pessoa - PB, 05 de outubro de 2017



53



Eu melson Pedro da Silva CPF 873.728.944-68
RG. 1.697.148. Residente na rua Manuel. Emiliano -
Bezerra, no 157. AP. 101. Parque do Sol. Gramma
Vunho. Por meio desta carta declarar que
O veículo. Celomotor de marca Pop. 100 cm
Prata. ano. 2011, 2012 Placa. OEX. 0649. PB.
Classi GE2HB02100740 9416. registrada
em. nome. de Genilson Bezerra Bezerra
Fico impossibilitado de localizar o
no endereço, que se encontra no
documento do veículo. O mesmo não
reside mais, no endereço, e. nem. O
numero do telefone é o mesmo -
Para. contato, e não podendo fazer
a transferência.

João Pessoa = 05.10.2017

melson Pedro da Silva



34



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433421/17
Vítima: NELSON PEDRO DA SILVA
CPF: 873.728.944-68

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 28/03/2017
Titular do CPF: NELSON PEDRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

NELSON PEDRO DA SILVA : 873.728.944-68

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/11/2017
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170611392 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NELSON PEDRO DA SILVA **Data do acidente:** 28/03/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: DEFICIT FUNCIONAL

Sequelas permanentes: DEBILIDADE MODERADA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO INFERIOR 50%

Documentos complementares:

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Jorge da Silva Motta



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170611392 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NELSON PEDRO DA SILVA **Data do acidente:** 28/03/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA ABERTA DE TÍBIA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA NA FACE INTERNA DO TERÇO PROXIMAL DA PERNA E JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO O IMPOSSIBILITANDO DE AGACHAR. APRESENTA TAMBÉM INSTABILIDADE ARTICULAR COM MARCHA CLAUDICANTE. RECLAMA DE DOR LOMBAR.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO EXTERNA. POSTERIORMENTE REALIZADA A OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR E FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/12/2017

Conduta mantida:

Observações: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO DIREITO.

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: SIMONE CUNHA SANCHES

CRM do médico: 5271743-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

Nelson Pedro da Silva
brasileiro(a), estado civil Desparado, profissão
Pedreiro, CI RG nº 1.697. K18
CPF/MF nº 873.728.944-68, residente e domiciliado(a) à Rua
Maurício Antônio da Buzena, 154/Apt 01 - Jaramac
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58000.000
(83) 3512-8500, 99342-1140

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.624-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manairá, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 05 de Outubro de 20 17

Welson Pedro da Silva

OUTORGANTE

CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCADO DA CAPITAL

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE NELSON PEREIRA DA SILVA, [468327], J. Pessoa-PB, 05/10/2017 11:21:23 Emol
R\$99,23 Farenheit40,27 Fepti:VH-BS, ISS-R\$0,46. Em test da
veracidade, Tabella CELEIDA COSMO FÉLICEIRA SILVA. Saldo

Digital #W3I8XQ+P8Y - Cosmo fe / emol



**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): **NELSON PEDRO DA SILVA** Sinistro: **3170611392** Data: **28/03/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Manoel Emiliano Bezerra, 157, AP 101 - Gramame - João Pessoa - PB - CEP 58067-340**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **1697148**

Data local do exame: [**04/12/2017**] **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 ABERTA DE TÍBIA DIREITA. VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA NA FACE INTERNA DO TERÇO PROXIMAL DA PERNA E JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO O IMPOSSIBILITANDO DE AGACHAR. APRESENTA TAMBÉM INSTABILIDADE ARTICULAR COM MARCHA CLAUDICANTE. RECLAMA DE DOR LOMBAR.

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.
VÍTIMA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO EXTERNA. POSTERIORMENTE REALIZADA A OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR E FISIOTERAPIA.

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 invalidez 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 joelho 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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
Joelho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 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.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO DIREITO.


CRM - PB 6712

João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB



BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	07/12/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NELSON PEDRO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02340-0

CONTA: 000000012330-7

Nr. Autenticação

BRABESCO007122017050000000000023702340000000012330253125 PAGO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08074313920188152003

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 **NELSON PEDRO DA SILVA**, 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.

Houve pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	07/12/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NELSON PEDRO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02340-0

CONTA: 000000012330-7

Nr. Autenticação
BRADESCO0712201705000000000023702340000000012330253125 PAGO

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



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

Trecho do laudo:

Segmento Anatômico	Marque aqui o percentual
1ª Lesão	
<u>MEMBRO INFERIOR DIREITO</u>	☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☒ 50% Média ☐ 75% Intensa
2ª Lesão	
	☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na presente hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

- 1) Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;
- 2) Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Assim, na remota hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar o enquadramento da invalidez conforme seguimento corporal acometido, bem como o grau de repercussão indicado pelo expert, em pleno atendimento à Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, considerando ainda, o pagamento efetuado em sede administrativa a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 20 de outubro de 2020.

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 - 22/10/2020 10:14:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102210144286500000034176562>
Número do documento: 20102210144286500000034176562