



Número: **0830945-56.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **02/06/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GIVANILSON NUNES DA SILVA (AUTOR)	THIAGO JOSE MENEZES CARDOSO (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
41243 291	30/03/2021 11:10	<u>Petição</u>	Petição
41243 293	30/03/2021 11:10	<u>2750054_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
41243 294	30/03/2021 11:10	<u>2750054_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/03/2021 11:10:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21033011105434300000039268896>
Número do documento: 21033011105434300000039268896

Num. 41243291 - Pág. 1



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, 14 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190377255 **Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA**

Data do Acidente: 19/06/2016 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: JACQUELINE PONTES DA COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIVANILSON NUNES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

PPag. 01189/01190 - carta 01 - INVALIDEZ

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, contados 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 n° 14455470



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/03/2021 11:10:58
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21033011105851500000039268898>
Número do documento: 21033011105851500000039268898

Núm. 41243293 - Pág. 1



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 Junho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190377255 Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2016 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JACQUELINE PONTES DA COSTA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GIVANILSON NUNES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00335/00336 - carta_04 - INVALIDEZ



00070168

Carta nº 14489711





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Giranilson Nunes da Silva

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

5 - Nome completo: <input type="text"/> Giranilson Nunes da Silva	6 - CPF: <input type="text"/> 110.627.554-30
7 - Profissão: <input type="text"/> RECUSO	8 - Endereço: <input type="text"/> São Tavares
9 - Número: <input type="text"/> 516	10 - Complemento: <input type="text"/>
11 - Bairro: <input type="text"/> Área Rural	12 - Cidade: <input type="text"/> Rio Tinto
13 - Estado: <input type="text"/> PB	14 - CEP: <input type="text"/> 58297-000
15 - E-mail: <input type="text"/>	16 - Tel. (DDD): <input type="text"/> (83) 98877-6433

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 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ 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)

AGÊNCIA: 2547

CONTA: 20.731

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 da indenização 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 pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, conforme se encontra no documento 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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: <input type="text"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <input type="text"/>
-------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deu ou nasceu? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

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

NÃO ALFABETIZADO
34
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 12/06/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÉNCIA

Nº 00224.01.2018.1.02.011

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00224.01.2018.1.02.011, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 11:05 horas do dia 14 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 11ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Nélvio Carneiro dos Santos, matrícula 1357280, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigacao, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Givanilson Nunes da Silva**, CPF nº 110.627.554-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro (a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Severina Virginio da Silva e Givanildo Nunes da Silva, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 24/01/1993 (25 anos de idade), residente e domiciliado (a) no(a) Sítio Tavares, Nº s/nº, complemento casa, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Rio Tinto/PB, telefones para contato (83) 99326-4566.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Tavares, Próximo a Sua Residencia, nº s/nº, Casa, Zona Rural, Rio Tinto/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 19/06/16 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

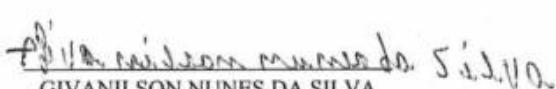
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

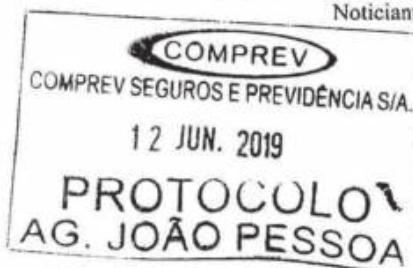
QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS DE COR VERMELHA, DE PLACA OEV-2108-PB, CHASSI Nº 9C2JCH110BR801255, NOME DE ARISTOTELES FERNANDES DE ALBUQUERQUE, AO ULTRAPASSAR O QUEBRA MOLAS PRÓXIMO A CASA DE SEU RAIMUNDO, PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE MAMANGUAPE, E LOGO APÓS FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA NESTA CAPITAL CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA CRM PB 2329, DATADO DE 31/10/2016.

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, excepto a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 14 de agosto de 2018.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigacao


GIVANILSON NUNES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 00224.01.2018.1.02.011

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
		110.627.554-30	Giranielson Nunes da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		
Giranielson Nunes da Silva		110.627.554-30		
7 - Profissão:		8 - Endereço:		9 - Número: 10 - Complemento:
Recurso		Júlio Tavares		516
11 - Bairro: Área Rural		12 - Cidade: Rio Tinto		13 - Estado: PB 14 - CEP: 58297-000
15 - E-mail:				16 - Tel (DDD): (88) 98877-6433

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:

- | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: 2547 CONTA: 20.731 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 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 de pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, conforme se constate na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantidade das perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, Informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasdutoro (vel nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, Informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 32/06/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 928175

**Identificação do paciente**

ID 1049963	Nome GIVANILSON NUNES DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 25/01/1993	Idade 23 anos 4 meses 25 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe SEVERINA VIRGINIO DA SILVA				Pai
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO				Responsável (Parentesco) JOSENEIDE VIRGINIO - IRMAO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991382399	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3948681	Nº Cns		
Local de procedência RIO TINTO		Type MUNICPIO	UF PB	
Email	Naturalidade RIO TINTO	CBO/R		

Endereço

CEP 58297000	Município de residência RIO TINTO	UF PB	Lagradouro TAVARES
Número SN	Complemento	Bairro ZOA RURAL	

Admissão

Data e Hora 19/06/2016 20:43:12	Número da pulseira 4674008	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	Origem do paciente: RESIDENCIA	
Classificação de risco		Detalhe do acidente QUEDA DE UM NIVEL A OUTRO	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos							
<p><i>COMPREV SEGUROSE PREVIDENCIAS / AG. PROTOCOLO JOAO PESSOA</i></p> <p><i>12 JUN. 2019</i></p> <p><i>TOMOGRAFIA</i></p> <p><i>Crânio + Face</i></p> <p><i>DATA: 19/06/16</i></p>							
Diagnóstico							
Atendido por FELIX GONCALVES DE MEDEIROS FILHO							
Imprimir							
Tempo 02min 42seg							



24/06

19/06/2016

19.06.2016 Naka
21:50h

TKF

Queda moto

Glasgow 15

Pupilas fixas

Sem afeção

Exame Normal

?
mota:

Bifida
Acta Nôra

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB: 6800



GIVANILDO NUNES DA SILVA
SIT TAVARES, SIN-ÁREA RURAL
RIO TINTO / PB CEP: 58297-000 (ABD: 14)



Lote 001105851500000039268898
Endereço: Rua Dr. José de Oliveira, 1000 - Centro - Rio Tinto - PB - CEP: 58297-000
Referência: 000001105851500000039268898
Número do Documento: 21033011105851500000039268898
Emissão: 14/05/2019

ENERGISA SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S/A
Estrada da Praia, 1000 - Centro - Rio Tinto - PB - CEP: 58297-000
CNPJ: 04.095.182/0001-40 - Inscrição Estadual: 16.015.223-0
Nota Fiscal: Contrato Energisa Elétrica N°005 446/08
Cód. para Débito Automático: 000001147474

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2019	24/05/2019	25/06/2019	727.401.324-68
			Inst. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/617474-2

Canal de contato

- Trilha Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Aproveite-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior	Leitura	Atual	Leitura	Constante	Consumo	Dias
24/04/19	14533	24/05/19	14537			
Demonstrativo						
CCI - Detalhado						
0001 Consumo de 30kWh/mês	90.000 0.298180	8.56	833.27	2.31	9.56	0.08
0001 Consumo - 31 a 100kWh/mês	70.000 0.498910	24.22	34.02.27	8.24	34.22	2.33
0001 Consumo - 101 a 220kWh/mês	91.000 0.729370	88.71	88.12.21	18.03	88.73	0.86
0001 Adm. B. Adminstr.		1.59	1.56.27	0.42	1.58	0.01
0010 Subsídio		42.53	42.52.21	12.84	48.92	0.45
LIVELAMENTOS E SERVIÇOS						
0007 CONTRIBUICAO PÚBLICA		11.01	11.01.2	0.00	0.00	0.00
0004 COMPENSACAO POR INDICADOR-DIC 03/2018		0.27	0.27.0	0.00	0.00	0.00
0005 Devolução Buzônio		31.54	31.54.0	0.00	0.00	0.00

CCI Código de Classificação J-001 TOTAL 26.08 157.89 42.22 167.89 1.53 7.05
Tarifa ar Tributos Até 30/04/19 0.192800 Ata Total Até 30/04/19 0.192800 0.192800 0.192800 0.192800

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
145	31/05/2019	R\$ 136,99

Histórico de Consumo (kWh)											
142 144 100 130 101 123 764 154 151 182 178 143											
Maio/18 Junho/18 Julho/18 Agosto/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19											

RESERVADO AO FISCO
40f7.75c2 fe04.435b.e65a.a8fc.6fe6.b861.

Indicadores de Qualidade 3/2019-Rio Tinto

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG. MENSAL	11.59	11.87	
DIG. TRIMESTRAL	23.15	NOMINAL	220
DIG. ANUAL	46.25		
PC. MENSAL	7.92	8.00	CONTRATADA
PC. TRIMESTRAL	19.62	20.00	LEITE INFERIOR
PC. ANUAL	31.62	31.48	LEITE SUPERIOR
DIAG.	16.01	4.48	

Composição do Consumo

Discriminadas	Valor (R\$)	%
Energia Elétrica Energisa S/A	28.18	19.08
Correção referência	38.81	28.12
serviços Transmissão	4.07	2.91
Energia Serviço	8.19	5.81
Imposto sobre Produtos Industrializados	62.29	45.94
Outros Bem/ser	0.00	0.00
Total	137.26	100.00

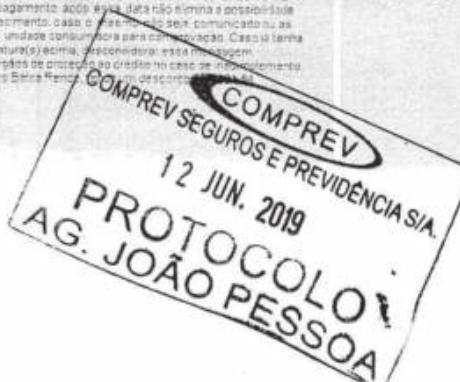
Valores R\$ /UD (Ref.3-2019) R\$134,73

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso(s) fatura(s) não pago(a)s relacionado(s) comprovado(s) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 08/06/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento, após a data não mínima a posterior, não descreve suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam no endereço consumidor, para a sua comprovação. Caso o termo efetuado o pagamento das(s) fatura(s) e/ou comprovado essa não suspenso. Fatura sujeita a inclusão de(s) fatura(s) e/ou comprovado essa não suspenso. • Sua unidade for transferida como Bela Foz, o mesmo não descreve suspensão. • Letra confirmada

Faturas em atraso

Abr/19 103,10



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 025.552.254



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crisolito Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 06.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JACQUELINE PONTES DA COSTA
RUA MARIA ALVES DA ROCHA 45 AP 305
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1318108-6

REFERÊNCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

27/05/2019

CONSUMO

195

VENCIMENTO

03/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 178,03

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JACQUELINE PONTES DA COSTA

Roteiro: 16-006-205-0169
836600000001-9 78030149000-6 13181082019-4 05300006019-3



VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

03/06/2019

R\$ 178,03

1318108-2019-05-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/03/2021 11:10:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21033011105851500000039268898>
Número do documento: 21033011105851500000039268898

Num. 41243293 - Pág. 9



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Macqueline Pontes da Costa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.255.207-43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Gilvanilson Nunes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 110627.554-30,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gilvanilson Nunes da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.627.554-30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua 11º Alves da Rocha</u>	Número:	<u>45</u>	Complemento:	<u>AP 305</u>
Bairro:	<u>Aero Clube</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PA</u>
E-mail:				CEP:	<u>58036-865</u>

Tel.(DDD):
(83)98877-6433

Local e Data: João Pessoa - PB 32/06/2019

Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/03/2021 11:10:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21033011105851500000039268898>
Número do documento: 21033011105851500000039268898

Num. 41243293 - Pág. 10

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ARISTOTELES FERNANDES DE ALBUQUERQUE,

RG nº _____, data de expedição 1 / 1, Órgão _____,
portador do CPF nº 954.193.574.53, com Domicílio na
cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAÍBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) DEPUTADO R. M. CARVALHO,
nº 68, complemento, APT., declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima GIVANILSON NUNES DA SILVA,
cujo o condutor era GIVANILSON NUNES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Ano: 2011

Modelo: HONDA CG FAN 125

Placa: 0EV-2108-PB

Chassi: 9C2JC4110BR801255

Data do acidente: 19 - 06 - 2016

Local e data: Rio Tinto 10 - 06 - 2019

X Aristoteles Fernandes de Albuquerque
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



PIMENTEL
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Notas - Procuras de Títulos - Registro de Imóveis
Registros de Títulos e Documentos e Peças Jurídicas

ADSON HUGO PIMENTEL
TITULAR
Rua da Mangabeira, 29 - Centro - Rio Tinto - PB
58270-000 - Fone: (83) 3200-2242 - e-mail: pimentelnotarial@gmail.com

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
ARISTOTELES FERNANDES DE ALBUQUERQUE

Em test. da verdade, Rio Tinto-PB 10/06/2019 10:36:46

Felipe Ricardo Nobre da Silva - Escrivente
[2019-001962]EMUL:R\$ 9.91 FARPN:R\$ 0.29 FEPJ:R\$ 1.99

SELO DIGITAL: A1551415-0M65

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Felipe Ricardo Nobre da Silva
ESCRIVENTE AUTORIZADO





- Audiometria
- Acupuntura
- Alergologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Cirurgia Plástica
- Clinica Médica
- Dermatologia
- Fisioterapia
- Endocrinologia
- Endoscopia
- Ecoangiografia
- Eletrocardiogramma
- Gastroenterologia
- Geriatría
- Ginecología
- Holter 24 horas
- Laboratório
- Mastologia
- Mamografia
- M.A.P.A.
- Neurologia
- Nefrologia
- Nutrição
- Nutrição Ortomolecular
- Odontologia
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Ortopedia
- Pediatrica
- Pneumologia
- Psicologia
- Psiquiatria
- Proctologia
- Radiologia Geral
- Reumatologia
- SI- Enfermagem
- SI- Peq. Procedimentos
- Teste Ergometricos
- Ultrasonografia
- Urologia

Paciente gravida Nunes
de Silva, refere acidente
de moto no dia 19/06/16
com traumatismo craniano.
Foi atendida hospitalar dia
20/06/16, com queixa
de hipotensão. Exame clínico
no momento oftálmico normal
exame audiológico apresenta
perda auditiva progressiva
e grau profundo bilateral
CID 14903.

John Person, 06-6-19

[Signature]
John L. Hargrave
Orionis

O PACIENTE TERA DIREITO A UM RETORNO NO PERÍODO DE ATÉ 15 DIAS A PARTIR DA CONSULTA
Rua Francisco Manoel - 77 - Jaguaribe - Fones: (85) 2106-8585/2106-8568/2106-8569



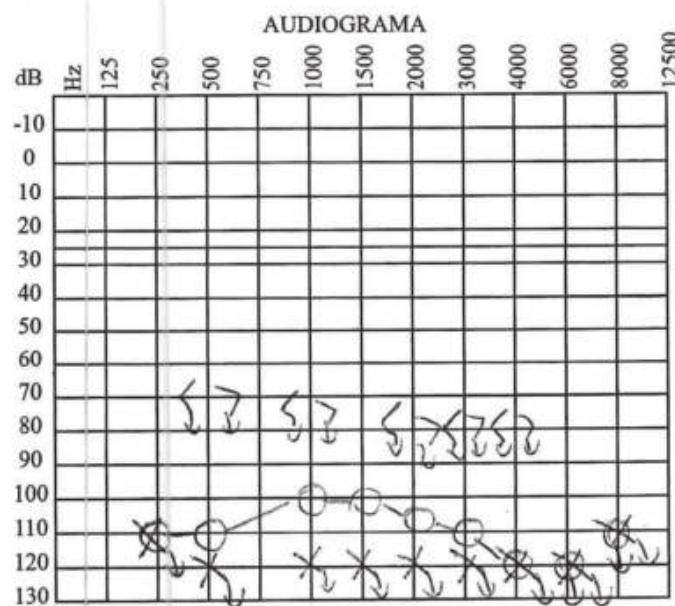


Avaliação Audiológica

Nome: Guilherme Nunes do Nascimento RG: _____

Idade: 26 Sexo: M Profissão: _____

Solicitante: _____ Audiômetro: AD2271 Imitanciómetro: _____ Data: 06/06/19



Médias/dBNAs		Mascaramento - dBNB	
OD	OE	VAD	até VOD
VO	VA	VAE	até VOE

IRF - OD			IRF - OE		
dBNAs	%	Masc.	dBNAs	%	Masc.
Mono		dBNS	Mono		dBNS
Dis		dBNS	Dis		dBNS
Tri		dBNS	Tri		dBNS

SRT dBNA Masc.		
OD		dBNS
OE		dBNS

SDT dBNA Masc.		
OD		dBNS
OE		dBNS

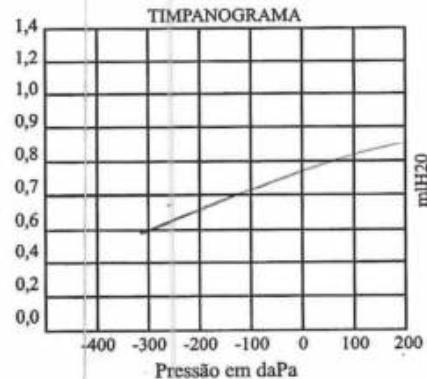
Níveis de Desconforto Tonal				
Freq.	0,5	1	2	4
OD				dBNA
OE				dBNA

FALA		
MCL	UCL	
OD		dBNA
OE		dBNA

Volume (ml)	OD	OE
Complac (ml)		
Pressão (daPa)		

Reflexo Acústico Estapediano (R.A.F.)							
c/g	limiar	CL	difer.	IL	limiar	CL	difer.
500							
1000							
2000							
4000							
Direito				Esquerdo			

Marcação por aferência



Audiometria - Resultado: Pseudoaudiograma com resultado de grau profundo bilateralmente.

Imitanciómetria - Resultado:

OBS.:

*Mariana Saraiva Garcia
Fonoaudióloga
CRM: 9836*



Dra. Suzyanne Oliveira

Oftalmologista | CRM 5688-PI

MEMBRO TÍTULAR DO CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

Para: GIVANILSON NUNES DA SILVA

Convênio: PARTICULAR

Dados Clínicos:

BAV EM OLHO ESQUERDO QUE RELACIONA AO TRAUMA EM 2016. ACIDENTE DE MOTO.

CID H54.5

'Observação: AVALIAR SE A VIA OPTICA ESTA LESIONADA.
COM CORTES

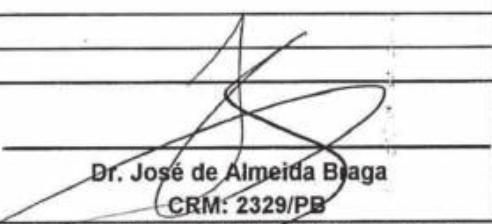
JOAO PESSOA, 11/06/2019

Dra. SUZYANNE OLIVEIRA
CRM 5688 Oftalmologista
OFTALMOLOGIA CRM 5688
CRMA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/03/2021 11:10:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21033011105851500000039268898>
Número do documento: 21033011105851500000039268898

Num. 41243293 - Pág. 14

	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
LAUDO MÉDICO		
INFORMAÇÕES PESSOAIS		
NOME DO PACIENTE	GIVANILSON NUNES DA SILVA	
DATA DE NASCIMENTO	25/01/93	
NOME DA MÃE	SEVERINA VIRGINIO DA SILVA	
DADOS EXTRAÍDOS		
BOLETIM DE ENTRADA N.º	928.175	
DATA DO ATENDIMENTO	19/06/16	
HORA DO ATENDIMENTO	20:43	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTOS MÚLTIPLOS NA FACE E NO COURO CABELUDO	
CID.10	S01.7 + S01.0	
AVALIAÇÃO INICIAL:		
<p>Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma na face, com edema e ferimentos corto-contusos. Pupilas fotorreagentes e isocônicas. Presença também de ferimentos múltiplos no couro cabeludo. TC de face: sem fraturas.</p>		
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:		
Ultrasound do abdômen total		
RX de coluna cervical P		
RX de torax AP		
RX de bacia AP		
RESULTADOS DOS EXAMES:		
Aspectos normais.		
TRATAMENTO:		
Suturas dos ferimentos na cabeça.		
ALTA HOSPITALAR:	20/06/16	
DATA DA EMISSÃO:	31/10/16	
 Dr. José de Almeida Braga CRM: 2329/PB		

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





PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

Primeiro Atendimento Médico

4674868
GIVANILSON NUNES DA SILVA : 928175
DT. NASC.: 28/01/1993
MAE: SEVERINA VIRGINIA DA SILVA

END.: TAVARES
N. SN - ZONA RURAL
RIO TINTO
FONE: ()
CELULAR: (83) 981302398
IDADE: 23
DT. ENTRADA: 19/06/2016 20:43:12

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

- Vítima do acidente de moto. Sintomas: dor no peito.
- Úrgica de minutos. Nega círculos. Nega lesões.
- Dentes derrubados em HFO.
- d: O fato de moto quebrou + fratura no esterno.
O malaxez do braço + dor
O dor nas costas
O desprendimento de dentes
O deslocamento de ossos

Alberto Barreto Araujo
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM-PB 10295

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS Pérvias Obstruídas

CERVICAL IMMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA Sim Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA Sem dificuldade
 Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNEIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD	<input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente	HTE	<input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2 - RUIDOS

<input type="checkbox"/> sim	HTD	Roncos Sibilos Estertores	HTE	Roncos Sibilos Estertores
------------------------------	-----	---------------------------------	-----	---------------------------------

FR: _____ imp SaO₂: _____ %

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: Fotorreatente Paralisadas Isocôricas Anisocôricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow: 15

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: Normal Pálida Cianótica

TEMPERATURA DA PELE: Normal Quente Fria

PULSO: Normal Aumentado

Fino Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

Regular Irregular Ausente

Normatonéticas Hipofonéticas

Hipofonéticas Ausente

SOPRO: Presente Ausente

BE OU BA: Sim Não

FC: 87 bpm PA: 110 X 80 mmHg T: _____ °C

ECG: *NORMAL*

RR: 14:177 MET: 108

ABDOMEN:

normais

normais

normais

ABERTURA OCULAR

MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)

Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
TOTAL:	15			Nenhuma	1

FINGI.CC.001-1



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



F(NG).ENF.018-1



Evolução do Paciente



BE/PRONTUÁRIO

4674008 BEB: 928175
 GIVANILSON NUNES DA SILVA DT. NASC.: 25/01/1993
 MAE: SEVERINA VIRGINIO DA SILVA
 END.: TAVARES
 N. SN - ZON RURAL
 RIO TINTO
 FONE: ()
 CELULAR: (83) 881362359
 ZDRE: 23
 DT. ENTRADA: 18/06/2016 20:42:12

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		Tnf Pt vítima de trauma da face por acidente motociclistico.
20/06/16	00:00	<p>Abd. ffn: + Edema face (23 mm)</p> <p>+ PCC multíples em face + Odem. faringeal + Pilon. faringeal + Sanguinose oral</p>
		TC da face sem fraturas da face
		co- Limpeza + atme Atme Bmf
		Revisão da Laringe Geral => Estreuras juntamente um curto colado
		
20/06/16		<p>AC CIRURGIA GORDA 09:00*</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizado sutura do curto - Cerramento. - FIST SEM ALTERAÇÃO - Realizado Grammo de tumb sem alteração - Col. alta do curto de curto
		<p>Alberto Barros Araujo Médico Residente - Cirurgia Geral CRM-PB 10.35</p>

F(NG)LENF.018-1



EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim: _____
MEDICAMENTOS: Não Sim: _____
IMUNIZAÇÃO: Não Sim: _____
PATOLOGIA: Não Sim: _____
ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim: _____

LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado →	1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada
		2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta
		3 Avulsão	21 Hematoma
		4 Contusão	22 Ingurgitamento Nervoso
		5 Crepitação	23 Laceração
		6 Dor	24 Lesão Tendínea
		7 Edema	25 Luxação
		8 Empalamento	26 Mordedura
		9 Efisema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal
		10 Esmagamento	28 Objeto Encravado
		11 Equimose	29 Otorragia
		12 F. Arma Branca	30 Paralisia
		13 F. Arma de Fogo	31 Paresia
		14 F. Contuso	32 Parestesia
		15 F. Cortante	33 Queimadura
		16 F. Corto-Contuso	34 Rinorragia
		17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinais de Isquemia
		18 F. Perfuro-Cortante	36

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

Radiografias *ACANALIC, TURAXI, BRAÇOS*
 Ultrassonografia (FAST) *ACORDO ATO*
 Tomografia computadorizada *ACORDO*

 Lavado peritoneal Gasometria arterial Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	<i>OTENOMONTE INICIAL</i>		<i>Alberto Barros Araujo</i> Médico Residente - Cirurgia Geral CRM-PB 10295
2	<i>SAT</i>		
3	<i>VACINA ANTITETÂNICA (FC)</i>		
4	<i>EROPONIA 7 MM HSE 100% EV (FC)</i>		
5	<i>SPEC 2000 L X</i>		<i>Alberto Barros Araujo</i> Médico Residente - Cirurgia Geral CRM-PB 10295
6	<i>ACORDO GRUPOS ATC</i>		
7	<i>AVALIAÇÃO</i>		
8	<i>RESUMO</i>		
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da ncr / EMT às : do dia / /
 Solicito parecer da _____ / _____ às : do dia / /

DESTINO DO PACIENTE

Centro cirúrgico
 Transferência (unidade de saúde) _____
 Internado (setor) _____
 DATA 20/06/16 Alta hospitalar Decisão médica A pedido A revalia Desistência
 SAÍDA Óbito Até 48 hs. Após 48 hs. Família IML SVO
 HORAS: 01:00

Alberto Barros Araujo
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM-PB 10295

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: GIVANILSON NUNES NDA SILVA

BE: 928175

19/06/2016 21:42:46

ULTRASONOGRAFIA DO ABDOMEN TOTAL – FAST

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.

OBS: exame realizado em condições de urgência / emergência.

Dra. Danielle Carvalho de Sá Pereira
CRM 6088

Nota: As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação das imagens obtidas. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais aprofundada. Deve-se ainda considerar o fato do exame ter sido realizado em condições de urgência / emergência, muitas vezes prejudicando o adequado posicionamento e preparo do paciente, diante de suas limitações clínicas.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

**NOME: GIVANILSON NUNES DA SILVA
BE: 928175
DATA: 21.05.2016
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 19.06.2016**

RX. COLUNA CERVICAL P
VÉRTEBRAS CERVICais VISIBILIZADAS DE ASPECTO NORMAL.

RX. TÓRAX AP
TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.
SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

RX. BACIA AP
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.

55

Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/03/2021 11:10:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21033011105851500000039268898>
Número do documento: 21033011105851500000039268898

Num. 41243293 - Pág. 22



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377255 **Cidade:** Rio Tinto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA FACE; TRAUMA CORTO-CONTUSO NO COURO CABELEUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
				Total
			0 %	R\$ 0,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/03/2021 11:10:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21033011105851500000039268898>
Número do documento: 21033011105851500000039268898

Num. 41243293 - Pág. 24

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377255 **Cidade:** Rio Tinto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA FACE; TRAUMA CORTO-CONTUSO NO COURO CABELEUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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
			Total	0 %
				R\$ 0,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/03/2021 11:10:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21033011105851500000039268898>
Número do documento: 21033011105851500000039268898

Num. 41243293 - Pág. 25

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Givanilson Nunes da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** Beltrano
PROFISSAO: desempregado **Nº DO RG:** 3.948.681
ORGÃO EMISSOR: SSD SJ PB **DATA DE EMISSÃO:** 22/03/2011
Nº CPF: 110.627.554-30 **ENDEREÇO:** Sítio Tavares, b/n,
Area Rural - Rio Tinto - PB

OUTORGADO: Jacqueline Pontes da Costa
NACIONALIDADE: Brasileira **ESTADO CIVIL:** Beltrano
PROFISSAO: desempregada **Nº DO RG:** 069.3428-2975
ORGÃO EMISSOR: 10 Celhão IPB **DATA DE EMISSÃO:** 30/10/2018
Nº CPF: 076.255.207-33 **ENDEREÇO:** Rua Maria Alves
da Rocha, 45 AP 305, CEP: 58036-965 - Almeidiba

PODERES:

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

Rio Tinto , 10 de junho de 2019.

Givanilson Nunes da Silva

Assinatura

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



PIMENTEL
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Notariais - Testamentos - Títulos e Documentos de Imóveis
Registros de Títulos e Documentos e Peça Judicial
08007-0001 - Fone: (83) 3291-2342 - verojosimar@gmail.com

ADSON HUGO PIMENTEL
TITULAR
Rua da Mangueira, 23 - Centro - Rio Tinto - Paraíba
08007-0001 - Fone: (83) 3291-2342 - verojosimar@gmail.com

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....

GIVANILSON NUNES DA SILVA.....

Em testada verdade, Rio Tinto-PB 10/06/2019 10:39:30

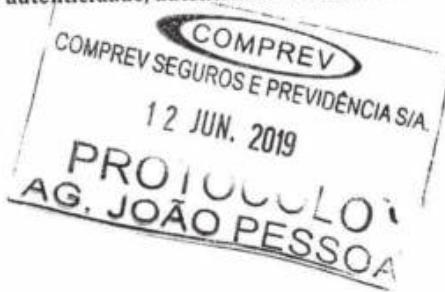
Felipe Ricardo Nobreza da Silva - Escrivente.

(2059-001965)EMOL:Nº 89.91 FARPENH: 0.29 FEPJ:R#: 1.98

SELO DIGITAL: A1551418-315

autenticidade em <https://selodigital.tint.pb.gov.br>

Ricardo Nobreza da Silva
ESCRIVENTE AUTORIZADO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199990/19

Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA

CPF: 110.627.554-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/06/2016

Titular do CPF: GIVANILSON NUNES DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JACQUELINE PONTES DA COSTA : 076.255.207-73

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

GIVANILSON NUNES DA SILVA : 110.627.554-30

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: 12/06/2019
Nome: JACQUELINE PONTES DA COSTA
CPF: 076.255.207-73

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JACQUELINE PONTES DA COSTA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/03/2021 11:10:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21033011105851500000039268898>
Número do documento: 21033011105851500000039268898

Num. 41243293 - Pág. 27



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

INCIDENTE DE PRESCRIÇÃO:

Data Limite do Ajuizamento: 04/07/2019
Data do Ajuizamento: 02/06/2020

Processo n.º 08309455620208152001

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 **GIVANILSON NUNES 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:

QUESTÃO PREJUDICIAL DE MÉRITO

DA PRESCRIÇÃO

A parte autora alega ter sofrido acidente de trânsito, ficando debilitada de forma permanente.

Em 12/06/2019, a parte autora deu entrada no pedido administrativo, **suspendendo** assim, o prazo prescricional que estava em curso, conforme previsão da súmula 229 do STJ.

Súmula 229 STJ: "O pedido do pagamento de indenização à Seguradora suspende o prazo de prescrição até que o segurado tenha ciência da decisão".

Em 25/06/2019, a Ré encaminhou carta de negativa / informando pagamento administrativo, e assim, após esta data, o prazo prescricional voltou a fluir, encerrando-se em 04/07/2019.

Ocorre que a presente ação foi ajuizada em 02/06/2020, ou seja, após o término do prazo prescricional.

Vejamos a jurisprudência:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO. EXTINÇÃO DO PROCESSO COM RESOLUÇÃO DO MÉRITO. PRESCRIÇÃO ÂNUA. ART. 487, II, NCPC. SÚMULAS 278, 229 E 101 DO STJ. RECURSO A QUE SE NEGA PROVIMENTO. DECISÃO UNÂNIME.- "O termo inicial do prazo prescricional, na ação de indenização, é a data em que o segurado teve ciência inequívoca da incapacidade laboral". Súmula 278, do STJ.- "O pedido do pagamento de indenização à seguradora

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/03/2021 11:10:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21033011105904300000039268899>
Número do documento: 21033011105904300000039268899

Num. 41243294 - Pág. 1

suspende o prazo de prescrição até que o segurado tenha ciência da decisão". Súmula 229, do STJ.- Resta operada a prescrição quando a soma dos lapsos temporais referentes ao período anterior e posterior da suspensão excede o prazo de um ano previsto no art. 206, §1º, II, do Código Civil, e na Súmula 101, do STJ.- Precedente do STJ.- Apelação Cível a que se nega provimento, à unanimidade.

(Apelação 480389-80000095-96.2015.8.17.1540, Rel. Stênio José de Sousa Neiva Coêlho, 2ª Câmara Cível, julgado em 19/12/2018, DJe 11/01/2019)

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTO DO SEGURO DPVAT - PRAZO PRESCRICIONAL DO ART. 206, §3º, IX, DO CC - APLICAÇÃO DAS SÚMULAS 229 E 405, DO STJ - PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO AUTORAL - APELO DESPROVIDO - SENTENÇA PRESERVADA - UNANIMIDADE.

(Apelação 518612-50045444-83.2015.8.17.0001, Rel. José Carlos Patriota Malta, 6ª Câmara Cível, julgado em 18/12/2018, DJe 25/01/2019)

Desta forma, a presente ação deverá ser julgada improcedente.

DA CIÊNCIA INEQUÍVOCA – DISTORÇÃO DA APLICAÇÃO DA SÚMULA 278 DO STJ

Não assiste razão a parte Autora na tentativa de adequar seu caso à hipótese de afastamento da prescrição em razão da aplicação da súmula 278 do STJ, visto que, em situação diametralmente oposta do que é alegado, percebe-se pelos documentos dos autos que a vítima não submeteu-se a tratamento permanente e contínuo com vistas a recuperação da lesão acometida em virtude do acidente.

Corroborando com o alegado, somente são juntados na exordial documentos médicos da época em que o mesmo sofreu acidente, deixando de acostar laudos que comprovem que este ficou em tratamento contínuo até a suposta ciência inequívoca do caráter permanente da invalidez^[1].

Imperioso ressaltar que o simples fato da parte Autora se submeter a uma nova perícia, não pode dar ensejo à renovação do prazo prescricional, sob pena de esvaziar o instituto da prescrição, tornando a ação de cobrança de seguro DPVAT, imprescritível, mormente por se tratar de um seguro cuja uma das coberturas é a invalidez permanente.

Forçoso assinalar que a simples alegação de que a "ciência inequívoca" se deu tanto tempo após o fato, abrirá precedentes para que, qualquer indivíduo ajuíze demandas no judiciário com sua pretensão prescrita, bastando apresentar um novo laudo do IML, alegando que sua ciência se deu nesta data.

Ademais, não é crível nem verossímil que, após ter sofrido um acidente que resultou graves lesões e sequelas permanentes, conforme alega o Requerente, após o decurso de tanto tempo é que tenha se dado conta do verdadeiro efeito das lesões sofridas e suas consequências.

Diante do exposto, e por tudo mais que dos autos consta, irremediável a não aplicação da súmula 278 do STJ, por ser razão da mais lídima justiça!

DO LAUDO

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

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

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

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diane do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 25 de março de 2021.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/03/2021 11:10:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21033011105904300000039268899>
Número do documento: 21033011105904300000039268899

Num. 41243294 - Pág. 3

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 - 30/03/2021 11:10:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21033011105904300000039268899>
Número do documento: 21033011105904300000039268899

Num. 41243294 - Pág. 4