



Número: **0800857-61.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Princesa Isabel**

Última distribuição : **24/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SEVERINO AMANCIO PEREIRA (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37033 021	24/11/2020 14:32	<u>Petição</u>	Petição
37033 025	24/11/2020 14:32	<u>2757285_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
37033 026	24/11/2020 14:32	<u>2757285_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 14:32:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414322865000000035342830>
Número do documento: 20112414322865000000035342830

Num. 37033021 - 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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190701941 **Vítima: SEVERINO AMANCIO PEREIRA**

Data do Acidente: 14/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SEVERINO AMANCIO PEREIRA

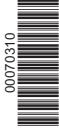
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00619/00620 - carta_02 - INVALIDEZ



00070310

Carta nº 15263657



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 14:32:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414322985400000035342834>
Número do documento: 20112414322985400000035342834

Num. 37033025 - 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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190701941 **Vítima: SEVERINO AMANCIO PEREIRA**

Data do Acidente: 14/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO AMANCIO PEREIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
----------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

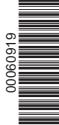
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01837/01838 - carta_03 - INVALIDEZ



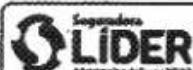
00060919

Carta nº 153327065



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 14:32:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414322985400000035342834>
Número do documento: 20112414322985400000035342834

Num. 37033025 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIF do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PAÍXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> 5 - CPF: <input type="text"/>	6 - Endereço: <input type="text"/> 6 - Número: <input type="text"/> 6 - Complemento: <input type="text"/>
7 - Profissão: <input type="text"/> 8 - Endereço: <input type="text"/> 9 - Número: <input type="text"/> 10 - Complemento: <input type="text"/>	11 - Bairro: <input type="text"/> 12 - Cidade: <input type="text"/> 13 - Estado: <input type="text"/> 14 - CEP: <input type="text"/>
15 - E-mail: <input type="text"/> 16 - TEL (DDD): <input type="text"/> 17 - TEL (DDD): <input type="text"/>	18 - E-mail: <input type="text"/> 19 - TEL (DDD): <input type="text"/>

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: <input type="text"/>	18 - CPF do Representante Legal: <input type="text"/> 19 - Profissão do Representante Legal: <input type="text"/>
---	---

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECLUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPIANÇA (Destino para os bancos destino. Anote uma opção) <input type="checkbox"/> Residencial (257) <input type="checkbox"/> Rod (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (004)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) <input type="checkbox"/> Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: <input type="text"/> 013 CONTA: <input type="text"/> 361.22 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas de 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 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, à custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: <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 da morte da vítima: <input type="text"/>				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou residuo (falecidos): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não-aferenciado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 2013

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISPC DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



C E R T I D Ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial nº 496/2019, LIVRO nº 002/2019, sob a responsabilidade do Delegado Gutemberg José da Costa Marques Cabral.

DATA: 04/10/2019

HORA: 11h00min

CIDADE: Princesa Isabel/PB

Noticiante: SEVERINO AMANCIO PEREIRA

Estado civil: Casado RG: 359529902 SSP/SP

CPF: 280.279.868-50

Sexo: Masculino Nascimento: 03.11.1977

Idade: 41 ANOS

Nacionalidade: Brasileiro Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: Agricultor

Filiação: Francisco Amâncio Pereira e de Lindaura Pereira.

Endereço: Rua Professora Maria Carmosa Lima e Silva, 133, Bairro Cicero Rosa, Manaira/PB

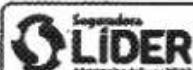
NARRATIVA

QUE no dia 14 de julho do corrente ano estava trafegando pela PB 306, próximo a cidade de São Jose de Princesa - PB, por volta das 18h30min, quando conduzia sua motocicleta, quando de repente um veículo Palio invadiu a pista ao contrário e colidiu com minha motocicleta; QUE a motocicleta que eu estava pilotando era de MARCA/MODELO HONDA/150 SPORT, PLACA NQD-6237/PB, CHASSI 9C2KC08608R021787, ANO E MODELO/2008, CINZA, em nome de SEVERINO AMAMNCIO PEREIRA; QUE fui socorrido para o SAMU de Princesa Isabel e levado para atendimento no Hospital Regional de Princesa Isabel; QUE teve uma fratura no pé esquerdo.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante: Severino Amâncio Pereira
Dr. Gutemberg José da Costa M. Cabral
Delegado de Polícia Civil
Mat.133.232-5
Agente/Escrivão

Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XX83) 3457 2381.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIF do sinistro ou ASL: **3 - CPF da vítima: 090.279.868-54** 4 - Nome completo da vítima: **LEUVERINO AMANCIO PEREIRA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PAÍXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012

5 - Nome completo: LEUVERINO AMANCIO PEREIRA	6 - CPF: 240.279.868-30		
7 - Profissão: ACRICULTOR	8 - Endereço: RUA PROF. MARIA CARMOSA LIMA E SILVA 133	9 - Número: 133	10 - Complemento: CENTRO
11 - Bairro: CENTRO	12 - Cidade: MANAIRA	13 - Estado: PR	14 - CEP: 38995-000
15 - E-mail: JOAQUIMNEIRO 16.9 @GMAIL.COM	16 - TM (DDD): (0098) 8667128		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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"/> RECLUSO 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)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Destino para os bancos destino. Anote uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Residencial (257) <input type="checkbox"/> Rod (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (004)	AGÊNCIA: _____
AGÊNCIA: 3571 013 CONTA: 361.22 (Informar o dígito se existir)	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 AusÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas de 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 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, à custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: <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 da morte 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 tem filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou residuo (falecidos): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima tem 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 checked="" type="checkbox"/> Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não beneficiado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
38 - 1º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha		
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha		
40 - Local e Data: SERRA TALHADA - PE, 12/10/2013 Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)		

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO AMANCIO PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000036122-0

Nr. da Autenticação 4A5E7AFCCE0ED57B



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 14:32:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414322985400000035342834>
Número do documento: 20112414322985400000035342834

Num. 37033025 - Pág. 6



COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-578
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC. ESTADUAL N° 160572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
 DÉBITO AUTOMÁTICO
 06943114.0

VENCIMENTO
 05/11/2019

FATURA
 10/2019

Nº Documento: 20191069431140 ESCRITÓRIO MANAIRA

MATRÍCULA CLIENTE CPF/CNPJ:
 06943114.0 SEVERINO AMANCIO PEREIRA 280.XXX.XXX-XX

INSCRIÇÃO ENDEREÇO DO IMÓVEL
 125.001.016.0030.000 RUA PRFA MARIA CARMONA DE LIMA E SILVA, 133 - CENTRO MANAIRA PB 58995-000

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA ÁGUA ESGOTO
 LIGADO POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS		LEITURA		CONSUMO	CONSUMO/DIA		
		ANTERIOR	ATUAL	(M ³)	DIAS	(M ³)	
09/2019 -	14	08/2019 -	6				
07/2019 -	9	06/2019 -	11	355	359	4	
05/2019 -	10	04/2019 -	8	21/09/2019	22/10/2019	31	0,13
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR				NºHm: Y16N105841	
1	4	R	5319				

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS		CONSUMO POR FAIXA		VALOR R\$	
AGUA	RESIDENCIAL 001 UNIDADE				
CONSUMO DE AGUA			4 M3		37,91
Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 5,71					
				TOTAL R\$	37,91

SR. USUARIO: EM 31/10/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO.
 COMPARECA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.
 CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 09/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	0,47	Cor Aparente	6,91	Bact. Heterotróficas		Colif.Totais	
Cloro(mg/L)	1,00	P.H.	7,20	Colif.Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 12/11/2019



MATRÍCULA
 06943114.0

INSCRIÇÃO
 125.001.016.0030.000

FATURA
 10/2019

NÃO RECEBER APÓS
 30/11/2020

VENCIMENTO 05/11/2019

VALOR R\$

37,91

GRUPO: 580

FIRMA: 2

82650000000-3 37910010125-0 06943114001-6 10201970003-2

VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.430, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bairro Vila, Recife - PE, CEP 50150-002
CNPJ 10.835.832/0001-05 | Ins. Est. 039043-82 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSÉ LUIS MARQUES DE SOUZA
RG-0578800002-MT-PE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA AGOSTINHO NUNES MAGALHÃES 58

CLASSE

B3 COMERCIAL
COMERCIAL

DATA DE VENCIMENTO

10/2019

DATA DE VENCIMENTO

14/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

265,50

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	771.000000	0,81089652	219,68
Acrescimo Bônus ANAMELIA			2,71
Acrescimo Bônus VENALHA			0,72
Contab. Aut. Pública Municipal			28,03
ICMS Substitutivo (CDE) - 073398440-14/08/19			1,45
Multa por atraso (I) - 073398440-14/08/19			3,27
Multa por atraso (II) - 073398440-14/08/19			1,63

TOTAL DA FATURA

265,50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DA ESTA NOTA FISCAL

Nº DO MONTADOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
0000214793	CAT	12/10/2019	23.906,00	16/10/2019	24.287,00	13	1.000000		271,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		ATUALIZAÇÃO DE CONSUMO		COMPONENTES DO CONSUMO	
Maior 100%		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
00179	271	2013	26,00	57,76	
00019	221	2013	1,20	1,20	
00119	227	2013	5,95	13,75	
00119	210				
00119	166				
00119	134				
00119	200				
00119	225				
00119	228				
00119	187				
00119	221				
00119	188				

RESUMO DA FATURA

024000000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Requererá cobrança pelo período de consumo anterior, caso contrário, não poderá mais ser feita a cobrança de consumo subsequente. Caso o cliente permaneça com a fatura aberta por mais de 60 dias, poderá ser aplicada a multa de 20% sobre o valor da fatura, conforme estabelecido no artigo 10º, parágrafo 1º, da Lei nº 13.662/2018. A multa não poderá exceder 100% do valor da fatura. Caso o cliente permaneça com a fatura aberta por mais de 120 dias, poderá ser aplicada a multa de 50% sobre o valor da fatura, conforme estabelecido no artigo 10º, parágrafo 2º, da Lei nº 13.662/2018. O cliente poderá requerer a devolução do valor da fatura, caso constate que não houve consumo, mediante apresentação de comprovante de não consumo. O cliente poderá requerer a devolução do valor da fatura, caso constate que não houve consumo, mediante apresentação de comprovante de não consumo.

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUÍ CONTA EM ATRASO

DATA DE VENCIMENTO EXISTENTE (CÁLCULO DA CONTA)

Vencido 10 dias: 01/11/2019 Vencido 30 dias: 21/11/2019

Vencido 60 dias: 01/12/2019 Vencido 90 dias: 21/12/2019

Vencido 120 dias: 07/01/2020 Vencido 150 dias: 27/01/2020

Vencido 180 dias: 13/02/2020 Vencido 210 dias: 02/03/2020

Vencido 240 dias: 18/03/2020 Vencido 270 dias: 07/04/2020

Vencido 300 dias: 23/04/2020 Vencido 330 dias: 10/05/2020

Vencido 360 dias: 26/05/2020 Vencido 390 dias: 12/06/2020

Vencido 420 dias: 08/07/2020 Vencido 450 dias: 24/07/2020

Vencido 480 dias: 10/08/2020 Vencido 510 dias: 26/08/2020

Vencido 540 dias: 12/09/2020 Vencido 570 dias: 28/09/2020

Vencido 600 dias: 14/10/2020 Vencido 630 dias: 30/10/2020

Vencido 660 dias: 16/11/2020 Vencido 690 dias: 02/12/2020

Vencido 720 dias: 20/12/2020 Vencido 750 dias: 05/01/2021

Vencido 780 dias: 22/01/2021 Vencido 810 dias: 07/02/2021

Vencido 840 dias: 24/02/2021 Vencido 870 dias: 10/03/2021

Vencido 890 dias: 17/03/2021 Vencido 920 dias: 03/04/2021

Vencido 950 dias: 20/04/2021 Vencido 980 dias: 07/05/2021

Vencido 990 dias: 14/05/2021 Vencido 1020 dias: 01/06/2021

Vencido 1050 dias: 18/06/2021 Vencido 1080 dias: 05/07/2021

Vencido 1110 dias: 22/07/2021 Vencido 1140 dias: 08/08/2021

Vencido 1170 dias: 25/08/2021 Vencido 1200 dias: 11/09/2021

Vencido 1230 dias: 28/09/2021 Vencido 1260 dias: 15/10/2021

Vencido 1290 dias: 12/11/2021 Vencido 1320 dias: 29/11/2021

Vencido 1350 dias: 06/12/2021 Vencido 1380 dias: 23/12/2021

Vencido 1410 dias: 09/01/2022 Vencido 1440 dias: 26/01/2022

Vencido 1470 dias: 12/02/2022 Vencido 1500 dias: 29/02/2022

Vencido 1530 dias: 15/03/2022 Vencido 1560 dias: 01/04/2022

Vencido 1590 dias: 18/04/2022 Vencido 1620 dias: 05/05/2022

Vencido 1650 dias: 22/05/2022 Vencido 1680 dias: 08/06/2022

Vencido 1710 dias: 15/06/2022 Vencido 1740 dias: 02/07/2022

Vencido 1770 dias: 19/07/2022 Vencido 1800 dias: 05/08/2022

Vencido 1830 dias: 22/08/2022 Vencido 1860 dias: 08/09/2022

Vencido 1890 dias: 25/09/2022 Vencido 1920 dias: 12/10/2022

Vencido 1950 dias: 09/11/2022 Vencido 1980 dias: 26/11/2022

Vencido 2010 dias: 12/12/2022 Vencido 2040 dias: 09/01/2023

Vencido 2070 dias: 16/01/2023 Vencido 2100 dias: 02/02/2023

Vencido 2130 dias: 19/02/2023 Vencido 2160 dias: 07/03/2023

Vencido 2190 dias: 24/03/2023 Vencido 2220 dias: 10/04/2023

Vencido 2250 dias: 17/04/2023 Vencido 2280 dias: 04/05/2023

Vencido 2310 dias: 21/05/2023 Vencido 2340 dias: 07/06/2023

Vencido 2370 dias: 24/06/2023 Vencido 2400 dias: 11/07/2023

Vencido 2430 dias: 21/07/2023 Vencido 2460 dias: 07/08/2023

Vencido 2490 dias: 24/08/2023 Vencido 2520 dias: 10/09/2023

Vencido 2550 dias: 21/09/2023 Vencido 2580 dias: 08/10/2023

Vencido 2610 dias: 25/10/2023 Vencido 2640 dias: 11/11/2023

Vencido 2670 dias: 22/11/2023 Vencido 2700 dias: 09/12/2023

Vencido 2730 dias: 26/12/2023 Vencido 2760 dias: 12/01/2024

Vencido 2790 dias: 12/01/2024 Vencido 2820 dias: 26/01/2024

Vencido 2850 dias: 12/01/2024 Vencido 2880 dias: 26/01/2024

Vencido 2910 dias: 12/01/2024 Vencido 2940 dias: 26/01/2024

Vencido 2970 dias: 12/01/2024 Vencido 3000 dias: 26/01/2024

Vencido 3030 dias: 12/01/2024 Vencido 3060 dias: 26/01/2024

Vencido 3090 dias: 12/01/2024 Vencido 3120 dias: 26/01/2024

Vencido 3150 dias: 12/01/2024 Vencido 3180 dias: 26/01/2024

Vencido 3210 dias: 12/01/2024 Vencido 3240 dias: 26/01/2024

Vencido 3270 dias: 12/01/2024 Vencido 3300 dias: 26/01/2024

Vencido 3330 dias: 12/01/2024 Vencido 3360 dias: 26/01/2024

Vencido 3390 dias: 12/01/2024 Vencido 3420 dias: 26/01/2024

Vencido 3450 dias: 12/01/2024 Vencido 3480 dias: 26/01/2024

Vencido 3510 dias: 12/01/2024 Vencido 3540 dias: 26/01/2024

Vencido 3570 dias: 12/01/2024 Vencido 3600 dias: 26/01/2024

Vencido 3630 dias: 12/01/2024 Vencido 3660 dias: 26/01/2024

Vencido 3690 dias: 12/01/2024 Vencido 3720 dias: 26/01/2024

Vencido 3750 dias: 12/01/2024 Vencido 3780 dias: 26/01/2024

Vencido 3810 dias: 12/01/2024 Vencido 3840 dias: 26/01/2024

Vencido 3870 dias: 12/01/2024 Vencido 3900 dias: 26/01/2024

Vencido 3930 dias: 12/01/2024 Vencido 3960 dias: 26/01/2024

Vencido 3990 dias: 12/01/2024 Vencido 4020 dias: 26/01/2024

Vencido 4050 dias: 12/01/2024 Vencido 4080 dias: 26/01/2024

Vencido 4110 dias: 12/01/2024 Vencido 4140 dias: 26/01/2024

Vencido 4170 dias: 12/01/2024 Vencido 4200 dias: 26/01/2024

Vencido 4230 dias: 12/01/2024 Vencido 4260 dias: 26/01/2024

Vencido 4290 dias: 12/01/2024 Vencido 4320 dias: 26/01/2024

Vencido 4350 dias: 12/01/2024 Vencido 4380 dias: 26/01/2024

Vencido 4410 dias: 12/01/2024 Vencido 4440 dias: 26/01/2024

Vencido 4470 dias: 12/01/2024 Vencido 4500 dias: 26/01/2024

Vencido 4530 dias: 12/01/2024 Vencido 4560 dias: 26/01/2024

Vencido 4590 dias: 12/01/2024 Vencido 4620 dias: 26/01/2024

Vencido 4650 dias: 12/01/2024 Vencido 4680 dias: 26/01/2024

Vencido 4710 dias: 12/01/2024 Vencido 4740 dias: 26/01/2024

Vencido 4770 dias: 12/01/2024 Vencido 4800 dias: 26/01/2024

Vencido 4830 dias: 12/01/2024 Vencido 4860 dias: 26/01/2024

Vencido 4890 dias: 12/01/2024 Vencido 4920 dias: 26/01/2024

Vencido 4950 dias: 12/01/2024 Vencido 4980 dias: 26/01/2024

Vencido 5010 dias: 12/01/2024 Vencido 5040 dias: 26/01/2024

Vencido 5070 dias: 12/01/2024 Vencido 5100 dias: 26/01/2024

Vencido 5130 dias: 12/01/2024 Vencido 5160 dias: 26/01/2024

Vencido 5190 dias: 12/01/2024 Vencido 5220 dias: 26/01/2024

Vencido 5250 dias: 12/01/2024 Vencido 5280 dias: 26/01/2024

Vencido 5310 dias: 12/01/2024 Vencido 5340 dias: 26/01/2024

Vencido 5370 dias: 12/01/2024 Vencido 5400 dias: 26/01/2024

Vencido 5430 dias: 12/01/2024 Vencido 5460 dias: 26/01/2024

Vencido 5490 dias: 12/01/2024 Vencido 5520 dias: 26/01/2024

Vencido 5550 dias: 12/01/2024 Vencido 5580 dias: 26/01/2024

Vencido 5610 dias: 12/01/2024 Vencido 5640 dias: 26/01/2024

Vencido 5670 dias: 12/01/2024 Vencido 5700 dias: 26/01/2024

Vencido 5730 dias: 12/01/2024 Vencido 5760 dias: 26/01/2024

Vencido 5790 dias: 12/01/2024 Vencido 5820 dias: 26/01/2024

Vencido 5850 dias: 12/01/2024 Vencido 5880 dias: 26/01/2024

Vencido 5910 dias: 12/01/2024 Vencido 5940 dias: 26/01/2024

Vencido 5970 dias: 12/01/2024 Vencido 6000 dias: 26/01/2024

Vencido 6030 dias: 12/01/2024 Vencido 6060 dias: 26/01/2024

Vencido 6090 dias: 12/01/2024 Vencido 6120 dias: 26/01/2

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SEVERINO AMARAL PEREIRA

RG nº 35.952.9.902, data de expedição 27/09/2016, Órgão SSP-SP,

CPF nº 210.879.568-50, 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 PEFA MARIA CARMOSA DE LIMA E SICVA</u>
Número	<u>133</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>MANAÍRA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58335-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 988467128 / (87) 996460349 / (87) 981355433</u>
E-mail	<u>SEVERINO.NETO169@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SERRA TALHADA - PE, 06/01/2020

Assinatura do Declarante: Severino Amâncio Pereira





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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 019.205.184-16, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

SEVERINO AMANCIO PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 280.279.868-54,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima SEVERINO AMANCIO PEREIRA.

inscrito (a) no CPF sob o Nº 280.273.868-154, 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 AGOSTINHO NUNES DE MAGALHÃES</u>	Número:	<u>58</u>	Complemento:	<u>1-ANDAR</u>
Bairro:	<u>NOSSA S. DA PENHA</u>	Cidade:	<u>SERRA TALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>JOAQUIM NETO 763@GMAIL.COM</u>			CEP:	<u>56303-510</u>
				Tel.(DDD):	<u>(37) 988467128</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE, 32/11/2017

Joaquim Marques de Lima Neto
Assinatura do Declarante





CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Andreia Diniz

ANESTELOGISTA
CLÍNICA MÉDICA - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

Dra. Martha Arruda

HANROTOLÓGICA - DENTISTÉTICA
COLESCOPIA - CITROLOGIA ONCOLÓGICA

Dr. Antônio Melo

CLÍNICA MÉDICA - CARDIOLOGIA
ECOCARDIOGRAFIA

Dr. Carlos Kennedy

NEUROLOGISTA - NEUROONCOLOGIA

Dr. Adeilson Feitosa

MEDICINA INTEGRATIVA
PARA O CONTROLE DE OBESIDADE

Dr. Jailson José

RESPIRATÓLOGA

Dr. Ebenone A. Silva

ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO SELENTO - USO PESQUINHO - OSTEOTOMIA

Dra. Ana Carolina Sampaio

HANROTOLÓGICA - NEFROLOGIA - UROLOGIA - MEDICINA
CLÍNICA DE SAÚDE OCUPACIONAL

Dra. Danielly Duarte

OBSTETRÍGICA - OBSTETRICA
USO CINTO DE BOMBA E OBSTETRICA
REPOSIÇÃO PÉTAL

SEVERINO AMANCIO PEREIRA

Paciente vítima de acidente com motocicleta, no dia 14/07/2019 no município de Princesa Isabel-PB. Após o acidente foi constatada fratura de tarso esquerdo, com luxação associada de tornozelo esquerdo. Realizada tratamento conservador.

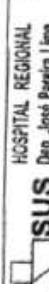
Após sua alta e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje, sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, apresenta como sequela: relata dores e edema em pé e tornozelo esquerdo, dores ao pisar o pé esquerdo no chão, apresenta dormência e formigamento hálux esquerdo, relata ainda dificuldade em ficar de cócoras e realizar movimentos rápidos.

No momento apresentando déficit funcional em 50% e déficit laboral em 50% para suas funções trabalhistas como agricultor.

Serra Talhada, 03 de dezembro de 2019.

Dra. Ana Lúcia Gonçalves
Médica
CRMPE 27.515

Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3221-6000



HOSPITAL REGIONAL
Dip. José Peleira Lima
PRINCESA ISABEL/PB
CNPJ: 08.778/286/0039-33
NOME: HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL
ENDERECO: ALAMEDA DAS ACÁCIAS, 1444 ALTO CASCABEL
CIDADE: PRINCESA ISABEL
ESTADO: PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

NO SAMU 1) Voluntário 2) Pessoal 0004 SF Diagnóstico

UF: 25
UF: 25

Atendimento: CONSULTA

Paciente:
SEVERINO AMANCIO PEREIRA
LINDAURA PEREIRA
FRANCISCO AMANCIO PEREIRA
Mae:
Pai:
Nascimento: 03/11/1977 Idade: 41
Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço:
PROFESSORA MARIA CARMOSA LIMA E SILVA
CICERO ROSAS
Bairro:
CIDADE: MANAÍRA - PB - 58995-000 - 25090008
Naturalidade: PRINCESA ISABEL - PB
CNS: 708-4087-1838-8468
CPF:
Data / Hora: 14/07/2019 20:04:29

Sexo: M
Num.: 133
Fone:
Recepçãoista: FÁTIMA
Identidade:
Ficha Número: 111981
Reg. Nasc.: 51616

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)
Paciente Vítima de acidente Motociclistico.
Caracteriza-se por: Perdeu consciente, vomito
vomito consciente sente dor abdominal.
Glossique 15. Apresenta escoriações na
carga e suspeita de fratura em perna esquerda.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

CARTÓRIO DO FÓRUM "CAMPUS BARROS"

Atestado a esteio 09/07, representado pelo Dr. Roberto C. P. F. Barros, que no dia 14/07/2019

apresentado, em sessão de 09/07/2019, à Vara da Família, na

Princesa Isabel, no dia 07/07/2019, à 14h00m,

relatando que o paciente é Lívia Ferreira, 21 anos, de

Princesa Isabel, no dia 07/07/2019, à 14h00m,

relatando que o paciente é Lívia Ferreira, 21 anos, de

Princesa Isabel, no dia 07/07/2019, à 14h00m,

relatando que o paciente é Lívia Ferreira, 21 anos, de

Princesa Isabel, no dia 07/07/2019, à 14h00m,

relatando que o paciente é Lívia Ferreira, 21 anos, de

Princesa Isabel, no dia 07/07/2019, à 14h00m,

relatando que o paciente é Lívia Ferreira, 21 anos, de

Princesa Isabel, no dia 07/07/2019, à 14h00m,

relatando que o paciente é Lívia Ferreira, 21 anos, de

Princesa Isabel, no dia 07/07/2019, à 14h00m,

relatando que o paciente é Lívia Ferreira, 21 anos, de

Princesa Isabel, no dia 07/07/2019, à 14h00m,

relatando que o paciente é Lívia Ferreira, 21 anos, de

Princesa Isabel, no dia 07/07/2019, à 14h00m,

relatando que o paciente é Lívia Ferreira, 21 anos, de

Princesa Isabel, no dia 07/07/2019, à 14h00m,

relatando que o paciente é Lívia Ferreira, 21 anos, de

Princesa Isabel, no dia 07/07/2019, à 14h00m,

relatando que o paciente é Lívia Ferreira, 21 anos, de

Princesa Isabel, no dia 07/07/2019, à 14h00m,

relatando que o paciente é Lívia Ferreira, 21 anos, de

Princesa Isabel, no dia 07/07/2019, à 14h00m,

relatando que o paciente é Lívia Ferreira, 21 anos, de

Princesa Isabel, no dia 07/07/2019, à 14h00m,

relatando que o paciente é Lívia Ferreira, 21 anos, de

Princesa Isabel, no dia 07/07/2019, à 14h00m,

relatando que o paciente é Lívia Ferreira, 21 anos, de

Princesa Isabel, no dia 07/07/2019, à 14h00m,

relatando que o paciente é Lívia Ferreira, 21 anos, de

Princesa Isabel, no dia 07/07/2019, à 14h00m,

relatando que o paciente é Lívia Ferreira, 21 anos, de

Princesa Isabel, no dia 07/07/2019, à 14h00m,

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO DESCRIÇÃO

01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente, **SEVERINO AMANCIO PEREIRA** portador (a) do RG 359529902 SSP-PB, encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de atendimento Ambulatorial referente ao mês **JULHO/2019**.

Princesa Isabel-PB, 07 de Agosto 2019.

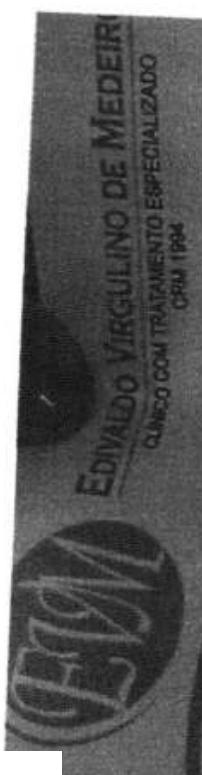
SANDRO FERREIRA DA LUZ
Diretor Geral
Mat.019.035



Ernesto Manqueira de Souza
Diretor Administrativo
Mat. 1020

Rua Pedro Sobreira Duarte, s/n, Centro, CEP. 58755-000, Princesa Isabel-PB- CNPJ: 08.888.968/0001-08
Fone: (83) 3457-2419 - Email: sec.saudeprincesa@gmail.com / pm.isabel@hotmail.com - ouvidoriapmpb@gmail.com
Fanpage - <https://www.facebook.com/prefeituradoprincesaisabel/> - Instagram: [@prefeituradeprincesa](https://www.instagram.com/prefeituradeprincesa)





EDVALDO VIRGULINO DE MEDEIROS

CLÍNICO COM TRATAMENTO ESPECIALIZADO

CRM 1994

ATESTADO MÉDICO

Assento para na desidicar futebol que SUELIO MOREIRA
torneio de futebol de futsal encontra-se impossibilitado de
exercer suas atividades profissionais por um período de 90
dias.

Nome da desidicar: SUELIO MOREIRA
CBO: 592
Data: 29/11/2020

Processo Interno: 16.07.2019
Data: 29/11/2020

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o Dr. Edvaldo Virgulino de Medeiros a realizar o exame médico
ou por extenso neste atendimento médico

Rescisão: 14/08/2007



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 14:32:30

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414322985400000035342834>

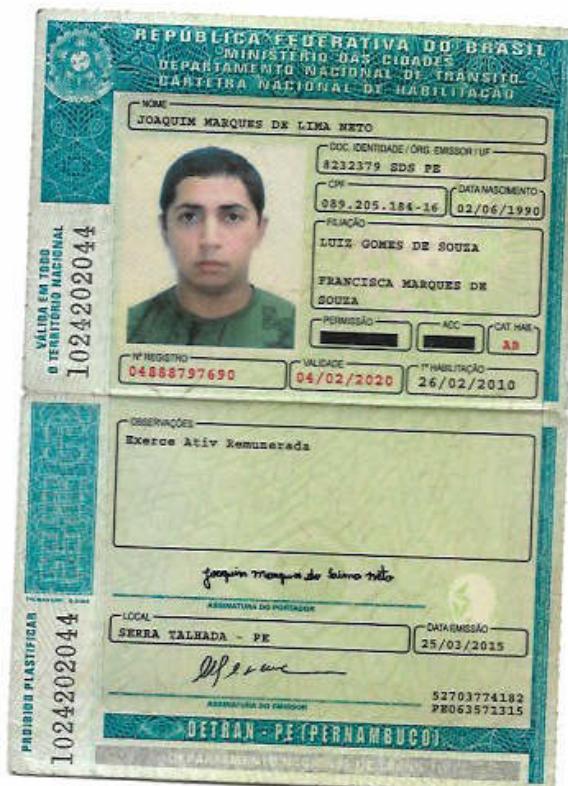
Número do documento: 20112414322985400000035342834

Num. 37033025 - Pág. 15



14. OZ. Rosilene Arisó Condido





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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190701941**

Nome do(a) Examinado(a): **SEVERINO AMANCIO PEREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R PROF MARIA CARMOSA LIMA E SIVA, 133 - Manaíra - PB - CEP 58995-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SP**] **359529902**

Data e local do acidente: [**14/07/2019**] **MANAÍRA PB**

Data e local do exame: [**18/01/2020**] **Sousa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DO PÉ ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DORSAL E MEDIAL DO PÉ (2+/4+) EM TERRITÓRIO DO 1º RAIO, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO 1º DEDO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 1º DEDO EM 20º, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 1º DEDO EM 25º, DOR DURANTE A FASE DE IMPULSO DO ANTEPÉ, MARCHA CLAUDICANTE, DOR A PALPAÇÃO EM TODO O TERRITÓRIO DORSAL DO 1º RAIO, SINAIS DE ATROFIA MUSCULAR DO PÉ, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS, FAZ USO DE BOTA TIPO ROBOFOOT PARA MELHOR APOIO DO PÉ.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 14/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TALA, IMPOSSIBILIDADE DE IMOBILIZAÇÃO COM GESSO, POIS O MESMO APRESENTAVA MÚLTIPLOS ESCORIAÇÕES EM PÉ ESQUERDO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DORSAL E MEDIAL DO PÉ EM TERRITÓRIO DO 1º RAIO DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO 1º DEDO GRAU II DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 1º DEDO EM 20º DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 1º DEDO EM 25º DOR DURANTE A FASE DE IMPULSO DO ANTEPÉ MARCHA CLAUDICANTE DOR A PALPAÇÃO EM TODO O TERRITÓRIO DORSAL DO 1º RAIO SINAIS DE ATROFIA MUSCULAR DO PÉ DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS FAZ USO DE BOTA TIPO ROBOFOOT PARA MELHOR APOIO DO PÉ.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º



da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias () "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

PÉ ESQUERDO

% 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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453349/19

Vítima: SEVERINO AMANCIO PEREIRA

CPF: 280.279.868-50

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2019

Titular do CPF: SEVERINO AMANCIO PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO : 089.205.184-16

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

SEVERINO AMANCIO PEREIRA : 280.279.868-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 14:32:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414322985400000035342834>
Número do documento: 20112414322985400000035342834

Num. 37033025 - Pág. 20

PEDIDO DE REANALISE DE PROCESSO

EU SEVERINO AMANCIO PEREIRA INFORMO A SEGURADORA LIDER QUE NÃO POSSO ACEITAR O PEDIDO DE IMDENIZAÇÃO MEGADO, POIS MIM ENCONTRO COM SEQUELAS GRAVEZ COMO CONSTA NO LAUDO EM ANEXO A ESTA CARTA.

Grato.

12/12/2019

Severino Amancio Pereira

SEVERINO AMANCIO PEREIRA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: SEVERINO AMANCIO PEREIRA, brasileiro(a),
estado civil CASADO, Profissão AGRICULTOR residente e domiciliada na rua PROF.

MARIA CARMOSA L. SILVA, N°. 133, Bairro CICERO ROSA, município de
MANAIARA, Estado de (o) PB, cep: 58.995-000,
portador(a) do RG n°. 359529302, 29P-5P e CPF n°. 280.279.868-50

Outorgado: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, residente e
domiciliada na Rua Agostinho Nunes de Magalhães N°.58, Nossa Senhora da Penha, Serra
talhada -PE, cep:56903-510, portador(a) do RG n°.8.232.379 SDS-PE e CPF n°.089.205.184-16.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do consorcio seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de transito o(a) Sr.(a) SEVERINO AMANCIO PEREIRA
ocorrido em 14/07/2019 conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

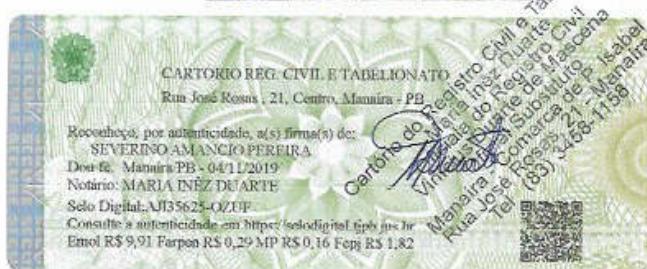
Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse,
podendo requerer o credito de indenização de sinistro DPVAT, para o pagamento de
quitação da indenização de sinistro DPVAT, nomeio e constituo o acima qualificado a quem
confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o COSÓRCIO DO
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Serra talhada- PE, 15, de OUTUBRO 2019

Severino Amâncio Pereira

OUTORGANTE

CPF n°. 280.279.868-50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701941 **Cidade:** São José de Princesa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO AMANCIO PEREIRA **Data do acidente:** 14/07/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO PÉ ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DORSAL E MEDIAL DO PÉ (2+/4+) EM TERRITÓRIO DO 1º RAIO, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO 1º DEDO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 1º DEDO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 1º DEDO EM 25°, DOR DURANTE A FASE DE IMPULSO DO ANTEPÉ, MARCHA CLAUDICANTE, DOR A PALPAÇÃO EM TODO O TERRITÓRIO DORSAL DO 1º RAIO, SINAS DE ATROFIA MUSCULAR DO PÉ, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS, FAZ USO DE BOTA TIPO ROBOFOOT PARA MELHOR APOIO DO PÉ.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 14/07/2019, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TALA, IMPOSSIBILIDADE DE IMOBILIZAÇÃO COM GESSO, POIS O MESMO APRESENTAVA MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES EM PÉ ESQUERDO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/01/2020

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Sousa.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE PRINCESA ISABEL/PB

Processo: 08008576120208150311

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 **SEVERINO AMANCIO PEREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

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

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

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

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 14:32:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414323060600000035342835>
Número do documento: 20112414323060600000035342835

Num. 37033026 - Pág. 1

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PRINCESA ISABEL, 23 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 14:32:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414323060600000035342835>
Número do documento: 20112414323060600000035342835

Num. 37033026 - Pág. 2