



Número: **0801121-81.2021.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **25/02/2021**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANTONIO CARLOS VICENTE (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
LUCIANO JOSE LIRA MENDES registrado(a) civilmente como LUCIANO JOSE LIRA MENDES (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
80876 902	19/10/2023 09:33	<u>Petição</u>	Petição
80876 903	19/10/2023 09:33	<u>2800121_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
80876 906	19/10/2023 09:33	<u>2800121_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2023 09:33:01
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101909330156000000076108505>
Número do documento: 23101909330156000000076108505

Num. 80876902 - Pág. 1



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:

0364696119

605.720.734-53

Antônio Lameirinhas Vicente

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: 805.720.734-53
 7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Maria da Piedade de Souto
 11 - Bairro: 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-000
 15 - E-mail: 9 - Número: 47 10 - Complemento:
 16 - Tel.(DDD): (83) 99192-8028

DADOS CADASTRAIS

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 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: 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:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização 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, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? Não Vivos: Falecidos: Sim Não Vivos: Falecidos: Sim Não Vivos: Falecidos: Sim 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
Início
do
seu
processo
de
beneficiação
ao
seguro

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 19/10/2019

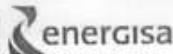
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

assinatura do Representante Legal (se houver)

01 V002/2019

ANTONIO CARLOS VICENTE
RUA MARIA DE LOURDES DE SANTANA 47 - LEROLANDIA
CEP 58320-005 - SANTA RITA / PB (AG: 1)



CEP/58320-005 - RUA MARIA DE LOURDES DE SANTANA 47 - LEROLANDIA
CNPJ/05-0009-040-476 - Referência: OUT/2019
Medidor: W5035683599 Emissão: 16/10/2019
Nota Fiscal/Conselho de Energia Elétrica N° 032.772.874
Código para Dádiva A-Antecipado 00011919095

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CFPF/CNPJ/IRAN
OUT/2019	17/10/2019	18/11/2019	80572073453

UC (Unidade Consumidora): 5/1191869-5

Canal de contato:

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.426, de 26 de abril de 2002.
Compreende a tarifa de energia elétrica destinada a famílias com menor renda e menor consumo, mais conveniente e facilitada para todos. Sobre o seu agone e informe fala do seu; confira se houve desligamento programado na sua região, solicite serviço ou extinção de dívidas! Tudo na porta da mão, sem filas e sem burocracia!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data Leitura 17/09/19 415	Data Leitura 17/10/19 - 499		54	30

Demonstrativo						
ECI Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Total	Base Consumo	ABSI	Base Consumo
		(R\$) EMD (R\$)				
801 Consumo de 300W-BI	31	0,32980	9,72	0,00	0	9,72
801 Consumo - 31 e 100W-BI	54	0,32980	17,98	0,00	0	17,98
801 Adm. E Admin.		0,38	0,01	0	0,00	0,00
801 Adm. E Imprensa		0,77	0,02	0	0,00	0,00
810 Outros		21,61	0,00	0	0,00	21,61
ENCARGOS E SERVIÇOS						
800 Desconto Edital		0,41	0,00	0	0,00	0,00
800 CONTRIBUÍTIVA PÚBLICA		7,00	0,00	0	0,00	0,00
800 JUROS DE MORO 02/2019		1,49	0			
800 JUROS DE MORO 03/2019		0,46	0			
800 MULTA 02/2019		0,47	0			
800 MULTA 03/2019		0,48	0			
800 MULTA 04/2019		0,47	0			
800 MULTA 05/2019		0,48	0			
800 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2019		0,39	0			
800 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019		-0,19	0			
800 Encargo de Cessação de Dívida	Total	27,44	0,00	0,00	49,01	0,40
MÁXIMA CONSUMO MÍNIMO (KWH)						
3	4	5	6	7	8	9

90

OUT/18 - NOV/18 - DEZ/18 - JAN/19 - FEVER/19 - MAR/19 - ABR/19 - MAI/19 - JUN/19 - JUL/19 - AGO/19 - SET/19

RESERVADO AO FISCO

61e15752fe819292.des7.dta04386.1400

Indicadores de Qualidade		Composição do Consumo	
Unidades da ANEEL	Apurado (M)	Consumo (MWh)	%
DIC MENSAL	0,00	0,00	0,00
DIC TRIMESTRAL	24,47	22,00	90,47
DIC ANUAL	48,42	LIMITE INFERIOR: 200	
FIC MENSAL	7,88	0,00	0,00
FIC TRIMESTRAL	15,79	LIMITE SUPERIOR: 231	
FIC ANUAL	31,58	0,00	0,00
DMD	8,79		
DICR	16,60		

ATENÇÃO

SEGUNDA VIA DE CONTA

Faturas em 21/10/19

Este documento foi gerado pelo sistema Energisa, sempre com segurança de 256 bits.

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL			
00190 00009 02824 912006 07579 154175 1 80520000003766			
Pagador: ANTONIO CARLOS VICENTE CNPJ/CPF: 809.729.734-83			
RUA MARIA DE LOURDES DE SANTANA 47 - LEROLANDIA - SANTA RITA / PB - CEP 58300-000			
Nosso-Número	00 Documento	Data Vencimento	Valor do Documento
262491200073781	000000000203919	24/10/2019	37,68
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA 09 095.183/0001-40			
BR230 KM 25, S/N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 56071-680			
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/447-3			





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ANTONIO CARLOS VICENTE
DATA DE NASCIMENTO	01/08/69
NOME DA MÃE	MARIA DO CARMO DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.102.981
DATA DO ATENDIMENTO	21/08/18
HORA DO ATENDIMENTO	18:39
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO
CID 10	S52.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, cefaleia, dor no antebraço esquerdo, dor na coxa direita, consciente, torax e abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de fratura de rádio distal esquerdo, sem desvio, sem indicação de tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de antebraço esquerdo
RX de mão esquerda
RX de bacia
RX de coxa direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de rádio distal esquerdo, sem desvio.

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de fratura distal de rádio esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	21/08/18
DATA DA EMISSÃO:	08/10/18

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

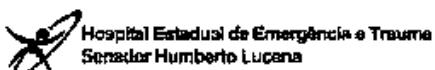
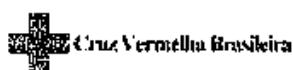
Imprimir

21/08/2018 18:10



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2023 09:33:02
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101909330216200000076108506>
Número do documento: 23101909330216200000076108506

Num. 80876903 - Pág. 3


AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ANTONIO CARLOS VICENTE	BAE 1102881	Data/Hora Entrada 21/08/2018 18:39:44	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1969	Idade 49a 20d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 983715952
Mãe MARIA DO CARMO DOS SANTOS			Prontuário
Endereço MARI, SN	Bairro MUNICÍPIOS	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO	NP Cons. Regional 3448/PB
Data/Hora Classificação 21/08/2018 18:44:02		Data/Hora Prescrição 21/08/2018 19:01:10	

Anamnese

vítima de acidente de moto (sic). queixa-se de dor na cabeça, no antebraço esquerdo, coxa direita. está consciente. nega dor abdominal e torácica. conduta + solicito tc de crânio; ralo x do antebraço e mão esquerda; ralo x da coxa direita; baclo. celeprofeno 100 mg IV

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DOR)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA)

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE MAO ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

ANTONIO CARLOS VICENTE

 GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO
(3448/PB)



■ Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual do Emergência e Trauma
Senador Humberto Linsena



GOVERNO
DA PARÁ/RA

ARFA VERMEI HA

Endereço: AV. QRESTES HSBOA S/N PEDRO GONDIM, JOAO BESSOA, PB 58211000

Eric
Telz

tel. :
CNES-6121221

Paciente ANTONIO CARLOS VICENTE		BAE 1102981	Data/Hora Entrada 21/08/2018 18:39:44	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1968	Idade 49a 20d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (33) 993715852
Mês MARIA DO CARMO DOS SANTOS		Pronunciado		
Endereço MARI, SN		Bairro MUNICÍPIOS	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissão GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO	Nº Cons. Regional 3448/PB	
Data/Hora Classificação 21/08/2018 18:44:02		Data/Hora Prescrição 21/08/2018 18:45:49		

Апампаза

acrescento saio x da cova direita

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA: (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

61010

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

ANTONIO CARLOS VINCENTE

GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO
(31448/RRP)



Cruz Vermelha Brasileira



AR MARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente ANTONIO CARLOS VICENTE	BAE 1102581	Data/Hora Entrada 21/06/2018 18:39:44	Data Saida 2018-06-21 21:41:39.0
Data de nascimento 01/08/1969	Idade 49a 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993715352
Mãe MARIA DO CARMO DOS SANTOS			
Endereço MARI, SN	Bairro MUNICÍPIOS	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THALES WENDEL DE SOUSA MAIA	Nº Cons. Regional 8590/PB
Data/Hora Classificação 21/06/2018 18:44:02		Data/Hora Prescrição 21/06/2018 21:42:05	

Anamnese

QUEDA DE MOTO COM FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO FECHADO E SEM DESVIO

CD: TTO CONSERVADOR

GESSO AXILO PALMAR, CURATIVOS E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

CID10

Código	Descrição
852.6	Fratura da extremidade distal do rádio e do cubito [ulna]

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário THALES WENDEL DE SOUSA MAIA	Data e Hora 21/06/2018 21:41:39
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações CURATIVO + GESSO AXILO PALMAR

THALES WENDEL DE SOUSA MAIA
(CRM/8580/PB)

ANTONIO CARLOS VICENTE

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 21/06/2018 18:40:53

72.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=368205&pesquisa=S&perform=in...

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2023 09:33:02
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101909330216200000076108506>
 Número do documento: 23101909330216200000076108506

Num. 80876903 - Pág. 6



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ANTONIO CARLOS VICENTE		1102981	21/08/2018 18:39:44	
Data de nascimento	Idade	Sexo		Telefone de Contato
01/08/1969	49a 21d	Masculino		(83) 993715952
Mãe				Prontuário
MARIA DO CARMO DOS SANTOS		Bairro	Município	UF
MARI, SN		MUNICÍPIOS	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo	Profissional		Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS		7104/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição		
21/08/2018 18:44:02		21/08/2018 21:03:14		
Anamnese				
queda de moto, sem capacete, às 17 horas trauma frontal e perda transitória da consciência. Evolui sem cefaléia, sonolência ou vômitos				
EF: GLASGOW 15, SEM DÉFICIT. SEM CERVICALGIA.				
TC CRANIO SEM HEMATOMAS INTRACRANIANOS				
CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA.				
Conduta				
Em observação				

ANTONIO CARLOS VICENTE

DR. ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS
(CRM: 7104/PB)

Bolotim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 21/08/2018 18:40:53



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2023 09:33:02
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101909330216200000076108506>
 Número do documento: 23101909330216200000076108506

Num. 80876903 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2023 09:33:02
<https://pje.tjpj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101909330216200000076108506>
Número do documento: 23101909330216200000076108506

Num. 80876903 - Pág. 8

HOspITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR R. L. VERNALDO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Conselho	ANTONIO CARLOS VICENTE	Motivo do Atestado	21/08/2018 19:01:00 - 22/08/2018 19:01:00	Semha
Convenção	SUS			

	Veloc.	Inf.	Pos.	Aparraramento
11-21				

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	AGORA	E.V.
1 CETOPROFENO 100 MG	1,0	MG	Observação dolor		
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROcirurgia	0,0		Observação trauma		
3 PARECER ORTO	0,0		Observação trauma		

GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO
CNPJ: 3448

3814-3448

Assinatura e Carimbo do Profissional

Assinatura e Carimbo do Profissional

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Name	Nº Boletim Emergência	Prontuário
ANTONIO CARLOS VICENTE	1102981	
Data de 01/08/1969		
Material a examinar		

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA
(trauma)

21/08/18
MF

21 de Agosto de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional





REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome ANTONIO CARLOS VICENTE			
Data de 01/08/1969	Nº Boletim 1102981	Emergência	Prontuário
Material a examinar			

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
(trauma)

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
(trauma)

RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA
(trauma)

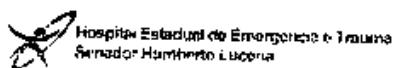
RADIOGRAFIA DE BACIA
(trauma)

21/08/18

21 de Agosto de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional





AV. ORESTES LISBOA, 601 - PEDRO GONÇALVES - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1102881



Identificação do paciente

ID 1318473	Nome ANTONIO CARLOS VICENTE	Sexo Masculino		
Data de nascimento 01/08/1959	Idade 49 anos 20 dias	Estado civil Casado	Religião Católico	Prontuário
Mãe MARIA DO CARMO DOS SANTOS			Pai ANTONIO CAROLINO VICENTE	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) MARIA DELANIA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993715962	DDD Fijo 83	Fone Fijo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1382384		Nº Cnes	
Local de procedência SANTA RITA			Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade LUCENA		CBOR	

Endereço

CEP 58302320	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Legislativo MARR
Número SN	Complemento		Bairro MUNICÍPIOS

Admissão

Data e Hora 21/08/2018 15:39:44	Número da pulseira 1000004488216	Convenio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

Especialidade

CIRURGIA GERAL

Classificação de risco

Origem do paciente

RUA

Caráter de atendimento

Detalhe do acidente

QUEDA / OUTROS

Motivo do atendimento
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Velocidade ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou	

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Relatório: Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos

Diagnóstico

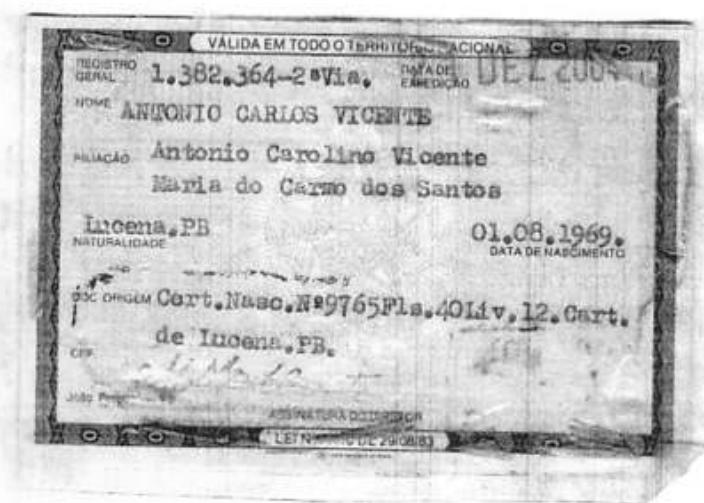
Atendido por
ANNE WALESKA PEREIRA LIMA

CD

Tempo
01min 09seg

Imprimir







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **805.720.734-53**

Nome: **ANTONIO CARLOS VICENTE**

Data de Nascimento: **01/08/1969**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **09/04/1991**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:51:23** do dia **18/10/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **0D81.0C17.9D00.D566**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



The diagram illustrates a process flow on a three-panel document. The left panel, titled 'AUTENTICAÇÃO MECÂNICA', contains the text 'IPVA - 1: COTA' and 'SEGURO OBRIGATÓRIO'. The middle panel, titled 'AUTENTICAÇÃO MECÂNICA', contains the text 'IPVA - 2: COTA' and 'AUTENTICAÇÃO MECÂNICA'. The right panel, titled 'ENCARGOS DO DETRAN', contains the text 'IPVA - 3: COTA OU COTA ÚNICA' and 'AUTENTICAÇÃO MECÂNICA'. Arrows indicate the flow from the first panel to the second, and from the second to the third.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 1: COTA

SEGURO OBRIGATÓRIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2: COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 3: COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



The diagram illustrates a process flow on a three-panel document. The left panel, titled 'AUTENTICAÇÃO MECÂNICA', contains the text 'IPVA - 1: COTA' and 'SEGURO OBRIGATÓRIO'. The middle panel, titled 'AUTENTICAÇÃO MECÂNICA', contains the text 'IPVA - 2: COTA' and 'AUTENTICAÇÃO MECÂNICA'. The right panel, titled 'ENCARGOS DO DETRAN', contains the text 'IPVA - 3: COTA OU COTA ÚNICA' and 'AUTENTICAÇÃO MECÂNICA'. Arrows indicate the flow from the first panel to the second, and from the second to the third.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 1: COTA

SEGURO OBRIGATÓRIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2: COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 3: COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364696/19

Vítima: ANTONIO CARLOS VICENTE

CPF: 805.720.734-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/08/2018

Titular do CPF: ANTONIO CARLOS VICENTE

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO CARLOS VICENTE : 805.720.734-53

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: 18/10/2019
Nome: ANTONIO CARLOS VICENTE
CPF: 805.720.734-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

ANTONIO CARLOS VICENTE

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2023 09:33:02
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101909330216200000076108506>
Número do documento: 23101909330216200000076108506

Num. 80876903 - Pág. 16



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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190592623 **Vítima: ANTONIO CARLOS VICENTE**

Data do Acidente: 21/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO CARLOS VICENTE

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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. 00495/00496 - carta_03 - INVALIDEZ



00300248

Carta nº 14998221



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2023 09:33:02
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101909330216200000076108506>
Número do documento: 23101909330216200000076108506

Num. 80876903 - Pág. 17

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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190592623 **Vítima: ANTONIO CARLOS VICENTE**

Data do Acidente: 21/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO CARLOS VICENTE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 20 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190592623 **Vítima: ANTONIO CARLOS VICENTE**

Data do Acidente: 21/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO CARLOS VICENTE

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00075/00076 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 15715119



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2023 09:33:02
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101909330216200000076108506>
Número do documento: 23101909330216200000076108506

Num. 80876903 - Pág. 19



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:

0364696119

605.720.734-53

Antônio Lameirinhas Vicente

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: 805.720.734-53
 7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Maria da Piedade de Souto
 11 - Bairro: 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-000
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 99192-8028
 9 - Número: 47 10 - Complemento:

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR 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: 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:

CONTA:

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização 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, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? Não Vivos: Falecidos: Nasceu (vai nascer)? Não teve irmãos? Não Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

sinatura do Representante Legal (se houver)

01/002/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2023 09:33:02
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101909330216200000076108506>

Número do documento: 23101909330216200000076108506

Num. 80876903 - Pág. 20

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00177.01.2019.1.05.014

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00177.01.2019.1.05.014, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:16 horas do dia 16 de outubro de 2019, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 14^ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia Civil Leonardo Souto Maior Soares, matrícula 1559940, e lavrado por Clélio Pessoa de Carvalho, Agente de Investigação, matrícula 1818686, ao final assinado, compareceu **Antonio Carlos Vicente**, CPF nº 805.720.734-53, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Tratorista, filho(a) de Maria do Carmo dos Santos e Antonio Carolino Vicente, natural de Lucena/PB, nascido(a) em 01/08/1969 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria de Lourdes Santana, Nº 47, bairro Lerolândia, tendo como ponto de referência Uma Rua Antes da Creche, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 99381-3877.

Dados do(s) Fatos:

Local: No Canal de Irrigação da Fazenda Santana, Fazenda Santana, Santa Rita/PB, bairro Lerolândia; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 21/08/18 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia, hora e lugar acima mencionados estava pilotando a moto HONDA/CG 125 TITAN KS, COR VERDE, PLACA, KKU8374, CHASSI 9C2JC30102R129508, cujo CRV esta no nome de Katia Silene Pessoa da Silva(CPF 692.050.434-00), quando caiu no canal de irrigação da FAZENDA SANTANA localizada em Lerolândia, Santa Rita-PB. Afirma que devido ao acidente ficou ferido e foi socorrido pelos funcionários da Usina Japungu e levado ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, sendo neste diagnosticado com FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO CID 10 S52.6.

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

Santa Rita/PB, 16 de outubro de 2019.



CLÉLIO PESSOA DE CARVALHO
Agente de Investigação



ANTONIO CARLOS VICENTE
Noticiante



Procedimento Policial: 00177.01.2019.1.05.014

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2023 09:33:02
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101909330216200000076108506>
Número do documento: 23101909330216200000076108506

Num. 80876903 - Pág. 21



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE SANTA RITA/PB

Processo: 08011218120218150331

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 **ANTONIO CARLOS VICENTE**, 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:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório.

Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SANTA RITA, 17 de outubro de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2023 09:33:03
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101909330286600000076108509>
Número do documento: 23101909330286600000076108509

Num. 80876906 - Pág. 1

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2023 09:33:03
<https://pje.tjpj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101909330286600000076108509>
Número do documento: 23101909330286600000076108509

Num. 80876906 - Pág. 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2023 09:33:03
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101909330286600000076108509>
Número do documento: 23101909330286600000076108509

Num. 80876906 - Pág. 3