



Número: **0800257-50.2020.8.15.0631**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Juazeirinho**

Última distribuição : **20/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.080,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Honorários Advocatícios**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JANDIR RODRIGUES DA SILVA (AUTOR)		RAPHAEL DE LIMA MARTINS (ADVOGADO)	
ITAU SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
79178759	14/09/2023 12:44	Petição	Petição
79178760	14/09/2023 12:44	2807781_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
79178761	14/09/2023 12:44	2807781_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JANDIR RODRIGUES DA SILVA

RG nº 2.292.365, data de expedição 19/12/2017, Órgão SSDS/PB

CPF nº 034.043.214-48, 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)	SITIO ALTO DOS MEDEIROS
Número	S/Nº
Apto / Complemento	
Bairro	ÁREA RURAL
Cidade	JUAZEIRINHO
Estado	PARAIBA
CEP	58.660-000
Telefone de Contato	(83) 9.8889-3447 (83) 9.9976-8160
E-mail	PECUSOU

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZEIRINHO - 09/04/2018

Assinatura do Declarante: X Jandir Rodrigues da Silva



Emissão: 05/02/2018 Referência: Fv/2018
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL 60X40X40M
Roteiro: 3-401-189-3550 Nº Medidor: 33005012204



ENERGISA S.A. - OUTREDOORA DE ENERGIA S/A
 Rua Suburbio - 1490 - Jd. Santa Helena - CEP 04420-700
 CNPJ 07.929.586/0001-05 - Ind. Ext. 18-900-1004

Nova Fides - Unita de Fomento Nº001 207 20
Cód. para D.D. Automático: 0000242065

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	05/02/2018	08/03/2018	2784903443 inc. ESE

UC (Unidade Consumidora): 4/242066-9

Canal de contacto

- Lavois que sue no chuveiro? Hora de chamar um especialista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. De um banho de segurança. Chame zangalhões e amigos e entre no chuveiro. As melhores transmissões de dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
01/01/15	5000	01/01/15	5100	1	147	28

Demonstrativo		Quantidade (Unidade)	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)	Porcentagem (%)	Valor total (R\$)
0001	Consumo em kWh	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0002	Consumo em água	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0003	Consumo em gás	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0004	Consumo em óleo	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0005	Consumo em outros	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0006	Consumo em energia elétrica	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0007	Consumo em gás natural	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0008	Consumo em gás liquefeito de petróleo	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0009	Consumo em gás de cozinha	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0010	Consumo em gás de aquecimento	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0011	Consumo em gás de iluminação	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0012	Consumo em gás de cozinha	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0013	Consumo em gás de aquecimento	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0014	Consumo em gás de iluminação	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0015	Consumo em gás de cozinha	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0016	Consumo em gás de aquecimento	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0017	Consumo em gás de iluminação	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0018	Consumo em gás de cozinha	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0019	Consumo em gás de aquecimento	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0020	Consumo em gás de iluminação	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0021	Consumo em gás de cozinha	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0022	Consumo em gás de aquecimento	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0023	Consumo em gás de iluminação	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0024	Consumo em gás de cozinha	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0025	Consumo em gás de aquecimento	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0026	Consumo em gás de iluminação	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0027	Consumo em gás de cozinha	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0028	Consumo em gás de aquecimento	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0029	Consumo em gás de iluminação	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0030	Consumo em gás de cozinha	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0031	Consumo em gás de aquecimento	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0032	Consumo em gás de iluminação	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0033	Consumo em gás de cozinha	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0034	Consumo em gás de aquecimento	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0035	Consumo em gás de iluminação	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0036	Consumo em gás de cozinha	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0037	Consumo em gás de aquecimento	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0038	Consumo em gás de iluminação	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0039	Consumo em gás de cozinha	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0040	Consumo em gás de aquecimento	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0041	Consumo em gás de iluminação	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0042	Consumo em gás de cozinha	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0043	Consumo em gás de aquecimento	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0044	Consumo em gás de iluminação	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0045	Consumo em gás de cozinha	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37
0046	Consumo em gás de aquecimento	147,00	0,00227	33,37	33,37	33,37

CCU 2009 de Clasificación de Item	TOTAL	105.41	25.97	25.27	92.27	0.00	4.18
-----------------------------------	-------	--------	-------	-------	-------	------	------

Media ūltimās mēsas (kWh)

VENCIMENTO
14/02/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 105,41

Histórico de Consumo (kWh)

101	172	151	164	105	128	121	114	131	153	151	141
Mar17	Apr17	May17	Jun17	Jul17	Aug17	Sep17	Oct17	Nov17	Dec17	Jan18	

RESERVADO AO FISCO
9b84 eb7d.b7e8.4cb4.2387.d9cb.3b4a a93c

Indicadores de Qualidade

WZL: Cmscs@msk!

Compendio de Consumo

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
PC MENOR	0,91	0,88	NORMAL	22
CC TRIMESTRAL	0,82			
DE ANEEL	21,25			
PC MENOR	0,90	0,93	CONTRATADA	25
PC TRIMESTRAL	0,90			
PC ANEEL	13,25			
CMV	3,03	0,00	LIMITE APLICAR	25
CMV	3,03		LIMITE APLICAR	27

Discriminação	Valor (R\$)	%
Remuneração em Espécie (R\$)	10,20	10,20
Contribuição em Espécie	37,30	29,80
Remuneração em Títulos	4,00	4,00
Contribuição em Títulos	8,10	7,70
Contribuição em Títulos e Espécies	21,50	59,10
Contribuição em Espécies	9,70	0,00
Total	100,40	100,00

10.40118/1938-2323

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
14 MAIO 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES** inscrito (a) no CPF/CNPJ **027.849.034 / 43**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **JANDIR RODRIGUES DA SILVA**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **034.043.214/ 48**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **JANDIR RODRIGUES DA SILVA**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **034.043.214/ 48**, 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		Número	Complemento
RUA DR. SEBASTIÃO PEDROSA		25	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
MIRANTE	CAMPINA GRANDE	PB	58.407-548
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
alexandredpvat@hotmail.com	(83) 3342-2471	(83) 9.9128-1980	

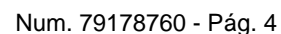
CAMPINA GRANDE, 09 de ABRIL de 2018

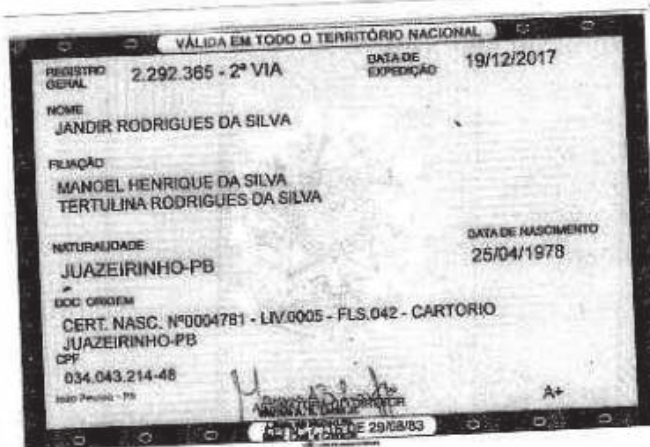
Local e Data

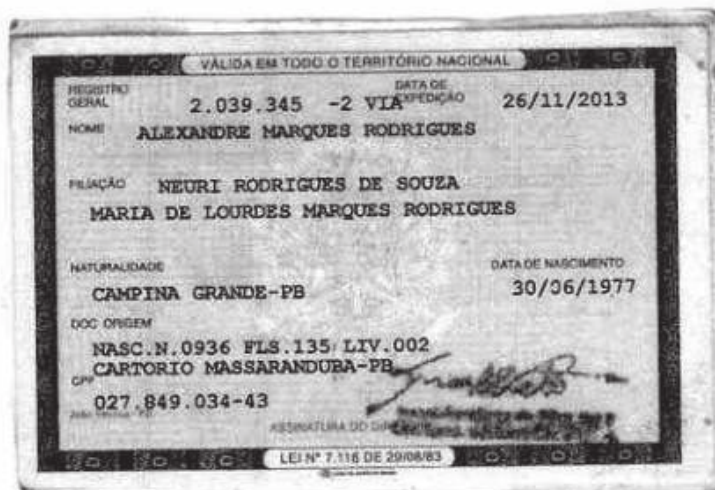

Assinatura do Declarante



COMPREV PREVIDENCIA S/A
14 MAR 2018
PROTOCOLO
TAG. JOAO PESS







SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE NITRATO DE NITROGENIO DO PETSIG-CARGA A PESSOAS
TRANSITO DE TERCEIROS C/ NO SEGURO PRIVAT

MG Nº 7127387967 BILHETE DE SEGURO PRIVAT

JULIO CEDAR DE SOUZA LELES
R. JOAO DO VARE, 617
CASA N. SRA DE FATIMA
35700-120 BIE LAGOS MG

064.983.806-25 HCD-0953

BILHETE DE SEGURO PRIVAT VIA CONVENIO

MG Nº 7127387967 2007 14/10/07

JULIO CEDAR DE SOUZA LELES
R. JOAO DO VARE, 617
CASA N. SRA DE FATIMA
35700-120 BIE LAGOS MG

064.983.806-25 HCD-0953

85.198493 OBIHONDA CB 150 SPORT

2005 09 902K08605R009135///

SEGURO PAGO
DESPREZAR ESTA PARTE DO DOCUMENTO
VIA CONVENIO

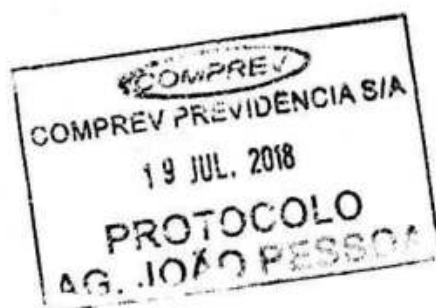
COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
14 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Eu Gaudir Rodrigues da Silva por essa carta venho informar a impossibilidade de apresentar a declaração de propriedade da moto envolvida no acidente, conforme, consta na certidão de ocorrência anexa ao processo, sendo impossível de fornecer as informações que vocês da lider estão exigindo, onde o proprietário da moto, é pessoa desconhecida, ou seja, adquiri a moto de um terceiro, e não do próprio dono da moto, assim não conseguir realizar a transferência para meu nome, assim peço a compreensão de vocês da lider, para que possa dar prosseguimento ao meu processo.

Juazeirinho, de junho de 2018

Gaudir Rodrigues da Silva



Procuração Particular



SAIBAM os que este Particular Instrumento de Procuração bastante virente que, aos três (13) dias mês de Novembro do ano de Dois Mil e Dezessete (2017), nesta cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, compareceu como outorgante, o Sr. JANDIR RODRIGUES DA SILVA, brasileiro, solteiro, portador da carteira de identidade de nº 2.292.365-SSP/PB, e CPF. 034.043.214-48, residente e domiciliado no Sítio Alto dos Medeiros, s/nº – na Zona Rural da cidade de Juazeirinho-PB, na melhor forma de Direito nomeia e constitui seu bastante procurador, o Sr. ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES, brasileiro, casado, autônomo, portador RG. 2.039.345-SSP/PB, e CPF. 027.849.034-43, residente na Rua Dr. Sebastião Pedrosa, nº 25-A, no Bairro do Mirante – nessa cidade de Campina Grande-PB, a quem confere os mais amplos e ilimitados poderes para em nome dele outorgante representá-lo perante as SEGURADORAS, referente ao seguro DPVAT, podendo para tanto dito procurador, assinar, acompanhar a tramitação do processo, tomar ciência dos despachos, cumprir exigências, juntar e retirar documentos, requerer, recorrer, em fim, praticar todos os atos relativos e necessários ao fiel cumprimento deste mandato, cujos poderes aqui outorgados são específicos como acima estão citados.



Campina Grande-PB, 13 de novembro de 2017.

Reconheço a Firma de Jandir Rodrigues da Silva, portador da Carteira de Identidade nº 2.292.365-SSP/PB

Em testº LEGAL da verdade do fº. Juazeirinho, 14 de Novembro de 2017

Tabellã Público

Selo Digital: 66A24534-LAK8

Lei Estadual nº 10.132 de 01 de Novembro de 2013

Verifique a autenticidade em <https://seindigital.hpo.jus.br>



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JANDIR RODRIGUES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180220591

Vítima: JANDIR RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 10/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180220591**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12818206

Pag. 01359/01360 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JANDIR RODRIGUES DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180220591**
Vítima: **JANDIR RODRIGUES DA SILVA**
Data do Acidente: **10/06/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180220591**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00547/00548 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12819551



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JANDIR RODRIGUES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180220591
Vítima: JANDIR RODRIGUES DA SILVA
Data do Acidente: 10/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180220591**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00997/00998 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13131941





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 Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180220591

Vítima: JANDIR RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 10/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JANDIR RODRIGUES DA SILVA

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. 01379/01380 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 13838941



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: **034.043.214-48** CPF da Vítima: **034.043.214-48** Nome completo da vítima: **JANDIR RODRIGUES DA SILVA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JANDIR RODRIGUES DA SILVA		CPF titular da conta 034.043.214-48	Profissão RECUSOU
Endereço SITIO ALTO DOS MEDEIROS		Número S/Nº	Complemento
Bairro ÁREA RURAL	Cidade JUAZEIRINHO	Estado PB	CEP 58.660-000
Email RECUSOU			Telefone (DDD) (87) 9.8889-3447

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome: **AG. JOÃO PESSOA**

AGÊNCIA
NRO: **3485** D/V: **011142** D/V: **0**

(Informar dígito se existir)



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JUAZEIRINHO, 09 de ABRIL de 2018

Local e Data

Jandir Rodrigues da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO

R. Raimundo Nonato de Araújo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 000281/17

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000281/17 registrada em 16/11/2017, que passo a transcrever na íntegra: Aos dezesseis dias do mês de novembro do ano de 2017, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. MARIA MADILEINE DE OLIVEIRA LIMA, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 09:40 horas, compareceu o Sr. JANDIR RODRIGUES DA SILVA, com 39 anos de idade, filho de MANOEL HENRIQUE DA SILVA e TERTULIANA RODRIGUES DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JUAZEIRINHO - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 2.292.365, expedido pela SSP-PB, residindo à rua SÍTIO ALTO DOS MEDEIROS, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de JUAZEIRINHO - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que por volta das 16h30min do dia 10.06.2017, estava trafegando pela Rodovia BR 230, na saída da cidade de Juazeirinho/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 SPORT, ano/modelo 2005, chassi nº 9C2KC08605R008155, de placa HCD-0955/MG, licenciada em nome de Julio Cesar de Souza Leles, o qual o declarante não consegue encontrá-lo para que o mesmo lhe forneça a declaração de propriedade da moto acima mencionada, quando foi surpreendido por um veículo de marca, placas e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário, pela contra mão de direção, tendo o declarante efetuado uma manobra brusca na tentativa de evitar a colisão frontal e acabou perdendo o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, ficando desacordado, sendo socorrido por populares e encaminhado inicialmente para a Fundação Assistencial e Hospitalar de Juazeirinho/PB, onde recebeu atendimentos médicos e no dia seguinte foi transferido para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde finalmente foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais da PRF não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo que deu causa ao acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande, Quinta-feira, 16 de Novembro de 2017

Jandir Rodrigues da Silva

JANDIR RODRIGUES DA SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **JANDIR RODRIGUES DA SILVA** CPF da Vítima **034.043.214-48** Data do Acidente **10/06/2017**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

JUAZGIRINHO, 09 de **ABRIL** de **2018**
Local e Data

X Jandir Rodrigues da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRINHO
SECRETARIA DE SAÚDE – HOSPITAL MUNICIPAL

Declaração de atendimento

Declaro para os devidos fins que no dia 10/06/2017, a senhor **Jandir Rodrigues da Silva** portador do CNS-701 1068 4947 4180; deu entrada nesta unidade RG: 2.292362, SSP-PB, socorrido por terceiros, vítima de queda de moto, realizado primeira conduta e encaminhado para tratamento especialista com ortopedia para hospital de referência (**Trauma em Campina Grande**).


Claudia Martiniano Lameu
Port. 006A/2017
Diretora do Hospital

Diretora Geral

Juazeirinho, 25/10/2017.



Hospital Municipal - rua: Carmem Verônica A. Barbosa - nº 469 Bela Vista, Juazeirinho – PB.
CEP: 58.660-000. Telefone: (83) 3382-1248 – E-mail: hospitaljuazeirinho@gmail.com



WILMARA TRAJANO DA SILVA
311 ALTO DOS MEDEIROS S/N CASA - AREA RURAL
CEP 58660000 - JUAZEIRINHO / PB (AG: 85)



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. Cristó Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 06.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 18.015.823-0

Clas/Sbc: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA MONOFÁSICA
Telefone: 12-0085-050-205 Referência: FEV/2018
Medidor: 00008766543 Emissão: 19/02/2018

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 002.444.363
Código para Débito Automático: 00017770009

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
FEV/2018	20/02/2018	21/03/2018	4709874484

UC (Unidade Consumidora): 51777000-9

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 25 de abril de 2002.
- Lavei choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricista de confiança. Não esqueça a fazer seguro. Dê um bônus de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor de dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data Leitura 19/01/18 1710	Data Leitura 20/02/18 1788	1	78	32

Demonstrativo

CCl Descrição	Quantidade	Tarifa e impostos	Valor Total	Base Calc. (R\$)	Alíq. ICMS (R\$)	Alíq. ICMS (R\$)	Base Calc. PIS/COFINS (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)
001 Consumo até 30kWh-0R	30	0,246030	7,40	7,40	25	1,85	7,40	0,38	0,38
001 Consumo - 21 a 100kWh-0R	48	0,421130	20,31	20,31	25	5,08	20,31	0,23	1,00
010 Subscrição			28,48	28,48	25	7,11	28,48	0,32	1,49
LANCAMENTOS E SERVIÇOS									
005 Descontos Subscritor			-19,38	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
004 JUROS DE MORA 12/2017			0,31	0					
005 MULTA 12/2017			0,87	0					
005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2017			0,02	0					

CCl Código de Classificação do Item Total: 37,62 56,17 14,04 56,17 0,62 2,42

Média Últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
78	27/02/2018	R\$ 37,62

Histórico de Consumo (kWh)

77	70	75	73	68	80	56	85	86	83	84	79
JAN/18	DEZ/17	NOV/17	OUT/17	SET/17	AGO/17	JUL/17	JUN/17	MAI/17	ABR/17	MAR/17	FEV/17

RESERVADO AO FISCO

C4DA.F331.94FC.D4D8.281B.C487.B83A.A2B8

Indicadores de Qualidade 12/2017 - Condição Juvenil

	Limites da ANEEL	Apurada	Limite de Tensão (V)
JIC MENSAL	6,27	6,00	NOMINAL 220
JIC TRIMESTRAL	12,54		CONTRATADA
JIC ANUAL	25,08		LIMITE INFERIOR 202
JIC MENSAL	3,42	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
JIC TRIMESTRAL	8,85		
JIC ANUAL	13,70	0,00	
JMIC	3,71		
JICRI	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor(R\$)	%
Serviço de Iluminação	7,29	19,34
Consumo de Energia	5,81	22,89
Serviço de Transmissão	1,12	2,98
Encargos Setoriais	2,02	5,37
Impostos Diretos e Encargos	15,59	42,42
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	37,62	100,00

Valor do EUSD (Ref 12/2017): R\$ 8,78

ATENÇÃO

SEGUNDA VIA DE CONTA

Faturas em atraso

Sua unidade de faturação possui fatura, sendo um desconto de R\$ 18,99

ENERGISA PARAIBA
Telefone: 12-0085-050-2056
Fábri: 1777000-2018-02-5

VENCIMENTO

27/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 37,62

8367000000-0 37620054000-7 17770002018-9 62500085019-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2023 12:44:40

https://pje.tipb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091412443961500000074538319

Número do documento: 23091412443961500000074538319

~~ORTOPEDIA E BUCCOMAXILA~~
DO HOSPITAL REGIONAL DE EMERGENCIA E TRAUMA,
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
EM CAMPINA GRANDE PB



Prefeitura de
Juazeirinho

Secretaria Municipal de Saúde
Praça João Vital Guedes, S/N Centro

Nome: Jadir R. da Silva

Endereço: _____

Cidade: _____



RECEITUÁRIO SIMPLES

- Encaminhamento -

Encaminhamos o paciente JADIR R. DA SILVA, oleiro, 39 anos de idade, trazido por populares após queda de moto, hoje por volta das 17:00h. No momento da admissão apresentava trauma contuso em hemiface direita + trauma em 5º pododactilo esquerdo além de pequenas escoriações pelo corpo. Sem sinais de TCE, abdômen inocente, "brevemente" alcoolizado, PA=130x90mmHg, HGT=8mg/dL, FC=90bpm e SpO₂=97%.

- H.D.: Trauma em hemiface direita A/E.

Trauma em 5º pododactilo esquerdo A/E (fratura?). Ante à falta de profissionais especializados em nosso serviço, bem como de exames de imagem, nesta data, encaminhamos-lo para a competência avaliativa de ORTOPEDIA, de 1º serviço, bem como da BUCCOMAXILO e dos serviços de exames médicos necessários.

Grato pelo pronto atendimento

DATA: 14/06/2017

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Patrício R. de A. Brito
MÉDICO
CRM - PB 9925

VIRE 6



- Em tempo:

Em nosso serviço foram prescritos apenas sintomáticos para tratamento do quadro de dor. Nada alergias, DM, HAS ou quaisquer outras queixas!

Dr. Petrucio R. de A. Brito
MÉDICO
CRM - PB 9925






SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: JANDIR RODRIGUES DA SILVA
DATA DO EXAME: 11.06.2017
RADIOGRAFIA DE PÉ



- Fratura transversal na base da falange proximal do quinto dedo.
- Demais ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas

43


Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



11/06/2017

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

ITCG-Panel Administrativo



Ortopedia

resposta de 50 PDE

Ed. 1) Hemipar + sutura + imobilização

2) Ceftriaxona 1g, IV, agone (Horta)

3) SAT 5000UI, IM, agone (Horta)

4) Difenidramina 10mg, IV, agone 33445

5) Voltaren 100mg, IM, agone 33445

EF: FCC em PALPEIRA INF. (D)

FCC no to, frontal e Alto local,

1) Sutura

2) MANEJO

3) ALTA GNF

Dr. Fernando Portela
Cirurgião e Traumatologista
BUCA-MAXILOFACIAL
CRO-PB 4420

Ortopedia. Paciente foi submetido a tratamento de emergência do fratura 5º dedo. INH UTB
Horta de

Rodolfo Coimbra Batista
Ortopedista / Traumatologista
CRM 6819 TEOT 13403

12/06/12 OFTALMOLOGIA (Exame no Leito)

Retirada de bandagem de pele. Negativa BAV.

AO exame: múltiplos ferimentos (saturados), principalmente em hemiface esquerda; Boa movimentação ocular; calquativa cornea; CEF; RPRM (+)

CD: cefazolin 1g IV q 6h 7 dias

Alta da oftalmologia

SERVIÇOS REALIZADOS:

CD: cefazolin 1g IV q 6h 7 dias

DESTINO DO PACIENTE _____

1) Centro cirúrgico _____
2) Internação (setor) _____
3) Transferência a outro SETOR da HOSPITAL _____

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

http://ej.1.1.140/projetos/legitimacia-emergencia.php?contar=1445270

22





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



Ficha de Acolhimento

Nome:	Jandir Rodrigues da Silva		
End:	Sítio Alto dos moinhos		
Data de Nascimento:	25 04 72	Documento de Identificação:	24301412443961500000074538319
Queixa:	Acidente de moto	Data do Atend:	11 06 17
Acidente de trabalho?	() Sim	(X) Não	Hora: 19h55

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fácéis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

- (X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti CREFITO 6637
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia
ABFF – Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415
TJPB - Habilitada para realizar perícias DPVAT

LAUDO CINESICO FUNCIONAL

Nome: Jandir Rodrigues da Silva.
Endereço: Sítio Santo Alto dos Medeiros, Zona Rural, Juazeirinho, PB

Data do Sinistro: 11 de junho de 2017.

Descrição da vítima: Acidente de moto.
Socorrido para o Hospital de Juazeirinho e posteriormente para o Hospital de Trauma.
Dom Luís Gonzaga Fernandes na cidade de Campina Grande, PB, conforme em anexo
(prontuário hospitalar).

Apresentando Trauma de Face e Fratura Exposta do 5º artelho do pé esquerdo.

Tratamento: Conservador devido a PA alta.

Sequela apresentada ao exame físico:

Trauma de Face

- Dor de cabeça
- Audição comprometida (audiometria em anexo)
- Várias cicatrizes na face (hemiface esquerda, pálpebra inferior direita, lábio)
- Cicatrizes comprometendo a estética facial

Pé Esquerdo

- 5º Dedo do pé esquerdo com edema, dor, limitação de movimento articular, claudicação.

Conclusão: Sequela Definitiva de TRAUMA DE FACE em grau moderado comprometendo a Estética Facial em 50%. Pé Esquerdo com sequela funcional em grau moderado de 30%.

Campina Grande, 17 de novembro de 2017.

Sonaly de F. Cavalcanti
Dra. Sonaly de F. Cavalcanti
CREFITO 6637 ABFF 145

Rua, Otaviano Bezerra da Cunha, 81, Prata, Campina Grande, PB, Cel.83.9.8801.8127





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE JUAZEIRINHO/PB

Processo: 08002575020208150631

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

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,

JUAZEIRINHO, 13 de setembro de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES

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



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 - 14/09/2023 12:44:41
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091412444095200000074538320>
Número do documento: 23091412444095200000074538320

Num. 79178761 - 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 - 14/09/2023 12:44:41
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091412444095200000074538320>
Número do documento: 23091412444095200000074538320

Num. 79178761 - Pág. 3