



Número: **0800159-92.2021.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 8.167,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VALDENIO CARMO SILVA (AUTOR)	MARIA CINTIA GRILO DA SILVA (ADVOGADO)
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA 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
72448 207	27/04/2023 14:30	Petição	Petição
72448 209	27/04/2023 14:30	2836601_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
72448 210	27/04/2023 14:30	2836601_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200286294

Vítima: VALDENIO CARMO SILVA

Data do Acidente: 09/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDENIO CARMO SILVA

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

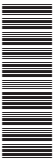
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16032048

Pag. 00207/00208 - carta_01 - INVALIDEZ

00030104





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, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333733

Vítima: VALDENIO CARMO SILVA

Data do Acidente: 09/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDENIO CARMO SILVA

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16136537

Pag. 01949/01950 - carta_01 - INVALIDEZ

00010975





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, 21 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200333733 Vítima: VALDENIO CARMO SILVA

Data do Acidente: 09/06/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALDENIO CARMO SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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. 01095/01096 - carta_03 - INVALIDEZ

00040548



Carta nº 16140951





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, 10 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200333733 Vítima: VALDENIO CARMO SILVA

Data do Acidente: 09/06/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALDENIO CARMO SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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. 00693/00694 - carta_03 - INVALIDEZ

00020347



Carta nº 16209142





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 Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333733

Vítima: VALDENIO CARMO SILVA

Data do Acidente: 09/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALDENIO CARMO SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.282,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%	
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%	
Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$ 337,50

Recebedor: **VALDENIO CARMO SILVA**

Valor: **R\$ 1.282,50**

Banco: **237**

Agência: **000005777-0**

Conta: **000001000464-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Pag. 00339/00340 - carta_15R - INVALIDEZ

00020170



BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.282,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDENIO CARMO SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05777-0

CONTA: 000001000464-0

Nr. Autenticação

BRADESCO1811202005000000000023705777000001000464128250 PAGO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200333733 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDENIO CARMO SILVA **Data do acidente:** 09/06/2020 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CORPO DE 5º METACARPO DIREITO. P3
FRATURA DE HÁLUX DIREITO. P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE NA MÃO, DEMAIS CONSERVADOR. P4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO DIREITA E NO 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA E LEVE NO 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			9,5 %	R\$ 1.282,50





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 de vítima: 853246554-49 4 - Nome completo da vítima: Valdemir Carmo Silva

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

5 - Nome completo: Valdemir Carmo Silva 6 - CPF: 853246554-49

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Pernambuco 9 - Número: 47 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Itaboraiana 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 58360-000

15 - E-mail: einthia_gil@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 988812056

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\$1.011,00 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 5777 CONTA: 1000464 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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 não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, nos termos da Lei nº 124/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado 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 teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa, 22 de julho de 2021
Valdemir Carmo Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

FPS.001 V002/2019







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 043595.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 043595.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 09:35 min do dia 08/07/2020, na Delegacia Online, **VALDENIO CARMO SILVA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AGRICULTOR, natural de Itabaiana, nascido (a) em 09/12/1970, idade 49, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de SEVERINA CARMO SILVA e LUIZ CARMO SILVA, CPF 853.246.554-49, residente e domiciliado(a) no(a) SÍTIO PERNAMBUQUINHO, nº 0, bairro ZONA RURAL, na cidade de Itabaiana/PB, CEP: 58360000, telefone(s) 83987996228, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

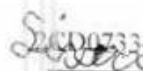
Data/Hora do fato: 09/06/2020 17:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB 408- PERPENDICULAR A RUA OSVALDO SILVA, CENTRO, Mogeiro/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Declara que estava indo sentido a Mogeiro, quando um rapaz na moto que não conseguiu identificar, ao fazer uma curva a esquerda acabou atropelando, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Itabaiana e em seguida encaminhada ao Complexo Hospitalar de Mangabeira.

Sendo o que havia a constar, cientificado 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 fê.


VALDENIO CARMO SILVA


Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 05784.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05784.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 20:53 horas do dia 20 de outubro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Valdenio Carmo Silva**, CPF nº 853.246.554-49, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho (a) de Severina Carmo Silva e Luiz Carmo Silva, natural de Itabaiana/PB, nascido(a) em 09/12/1970 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Pernambuco, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Itabaiana/PB, telefone(s) para contato (83) 98799-6228.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rodovia Pb 408, Perpendicular a Rua Osvaldo Silva, Mogeiro/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/06/20 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

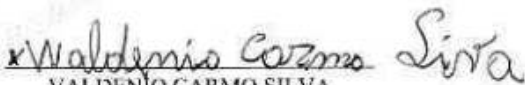
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 09/06/2020, POR VOLTA DAS 17:30, CAMINHANDO PELA RODOVIA PB 408, SENTIDO A MOGEIRO, QUANDO O PILOTO DE UMA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA AO FAZER UMA CURVA ATROPELOU ESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA/PB E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO, CONFORME LAUDO MÉDICO EM ANEXO.

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

João Pessoa/PB, 20 de outubro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


VALDENIO CARMO SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 05784.01.2020.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº da inscrição ou ASL: _____ 3 - CPF de vítima: 853246554-49 4 - Nome completo da vítima: Valdemir Carmo Silva

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

5 - Nome completo: Valdemir Carmo Silva 6 - CPF: 853246554-49
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Pernambuco 9 - Número: 47 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Itaboraiana 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 58360-000
15 - E-mail: einthia_gilo@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 988812056

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\$1.011,00 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5777 CONTA: 1000464 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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 não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, nos termos do art. 124/74, art. 3º, §1º, decidindo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado 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 teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa, 22 de julho de 2021

Valdemir Carmo Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

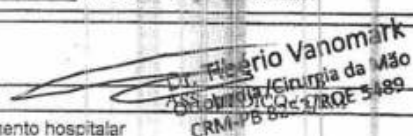
FPS.001 V002/2019





301934

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: VALAENIO CARMO SILVA					PROFISSIONÁRIO Nº	
IDADE: 49	SEXO: M	COR:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO	
DATA DE ADMISSÃO: 09/06/2020		DATA DE ALTA: 10/06/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fract 5º MTC (D)					CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Fract. 5º MTC (D)						
OUTROS DIAGNÓSTICOS: ft hº lev						
PRINCIPAIS EXAMES: Rx						
PROCEDIMENTO REALIZADO: Osteossíntese						
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA: ATB + analgésico						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO		<input type="checkbox"/> A PEDIDO		<input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO
RESUMO CLÍNICO - HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES						
Vítima fratura 5º MTC (D) e hº lev						
Submetido a osteossíntese 5º MTC + limpeza e sutura hº lev						
hº lev						
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA						
DIETA: o enl						
REPOUSO: Relativo em casa por 30 dias.						
Retorno as atividades sem esforço físico em 45 dias.						
Retorno as atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 70 dias.						
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.						
MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexim + AINE + Aipi						
RETORNO: Ao posto de saúde em - para retirada de pontos.						
Ao Ambulatório do Dr. Tiberúcio em 30 dias para revisão.						
DATA: 10/06/2020						
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO						
 Dr. Flávio Vanomark CRM-PB 5189						





301934

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: VALAENIO CARMO SILVA					PROFISSIONÁRIO Nº	
IDADE: 49	SEXO: M	COR:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO	
DATA DE ADMISSÃO: 09/06/2020		DATA DE ALTA: 10/06/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fract 5º MTC (D)					CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Fract. 5º MTC (D)						
OUTROS DIAGNÓSTICOS: ft hº lev						
PRINCIPAIS EXAMES: Rx						
PROCEDIMENTO REALIZADO: Osteossíntese						
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA: ATB + analgésico						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO	

RESUMO CLÍNICO - HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES

Vítima fratura 5º MTC (D) e hº lev

Submetido a osteossíntese 5º MTC + limpeza e sutura hº lev

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: **o enl**

REPOUSO: Relativo em casa por **30** dias.
 Retorno as atividades sem esforço físico em **45** dias.
 Retorno as atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **70** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: **Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.**

MEDICAÇÕES PARA CASA: **Cefalexim + AINE + Aipi**

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
 Ao Ambulatório do **Dr. Tiberio** em **30 dias** para revisão.

10/06/2020
 DATA

Dr. Flávio Vanomark
 CRM-PB 5189

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 322017 Atd: Nao Regulado
Data: 09/06/2020
Hora: 01:17:00
Recepcionista: THAIS DE ALMEIDA FERNAN
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE
Nome: VALDENIO CARMO SILVA Num. de vezes atendido: 1
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: Num. Prontuario: 2020.06.000641
CNS: 708206631813849 Sexo: M IDENTIDADE: 1581383 Fone: 93758715
Natural: ITABAIANA/PB Data Nasc.: 09/12/1970 Id: 49 ano(s)
End.: RUA PROJETADA, 0
Bairro: SITIO PERNAMBUQUINHO Cidade: ITABAIANA UF: PB
Mae: SEVERINA CARMO SILVA Pai: LUIZ CARMO SILVA
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Ocupação: PEDREIRO SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: VALDENIO CARMO SILVA
Tel. Doc. Responsavel: 93758715 / IDENTIDADE: 1581383
Procedencia: HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO
Vitima de acidente por: MOTO
Vitima de violencia por: NAO
Caso Policial

CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco:
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
Queixa Principal Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Paciente com dor e edema em mãos D e dor, ede-
me e ferimento cont. cont. na em pé D (hálux) sendo
trauma com moto e bicicleta.*

Diagnostico *Fratura da 5ª MTC* | Conduta *Tratamento cirúrgico de
+ Fratura exposta do*
hálux | *Fratura exposta do*

Prescrição | Horario da medicacao





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 09/06/2020

Nome: Valdemir C. Silva

Prontuário: _____ **Idade:** 49 **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ **Bairro:** _____

Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____

Sexo: F () M (x) **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____

Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** 1/1/____

PD: _____

HDA: Dor edema e ferimentos auto-ocorridos em mãos e pés de acidente moto x quicidela.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia **Audição:** _____ **Visão:** _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ **Outros:** _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Soluço [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: Dor _____ [] Rigidez pós-reposso Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____ [] Amnésia [] Libido [] Humor





FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha Nº		Data:
Paciente:	Valdeir Lima Silva	
Origem:		
Solicitante:	Clinica:	

Motivos do Encaminhamento

Paciente sob de Colisão Brevete 1 Metro.
Apresentando fratura do corpo do 5º Metacarpo de
Mão D.
Ao ex: EGB, e exames, consuetudinária, etc.
Solicitado Avaliação do Ortopedista.

2011
17102
SUELIO MOREIRA TORRES
CO-ORDENADOR DE SERVIÇOS
DE SERVIÇOS SOCIAIS

02130180

Medicação administrada

--

Encaminhamento para:

Serviço Social





301434

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: VALAENIO CARMO SILVA						PRONTUÁRIO Nº
IDADE: 49	SEXO: M	COR	CLÍNICA	ENF	LEITO	
DATA DE ADMISSÃO: 09/06/2020		DATA DE ALTA: 10/06/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fract 5º MTC (D)						cm
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Fract. 5º MTC (D)						
OUTROS DIAGNÓSTICOS: ft hº lux						
PRINCIPAIS SINTOMAS: Rx						
PROCEDIMENTO REALIZADO: Osteossíntese						
TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA: ATP + Analgésico						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO P.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDIÇÃO DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO	
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA E EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)						
Vítima fratura de 5º MTC (D) e hº lux						
Submetido à osteossíntese de MTC + limpeza e sutura hº lux						
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA						
DIETA: o enl						
REPOUSO: Relativo em casa por 30 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 45 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.						
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.						
MEDICAÇÕES PARA CASA: Ceflexim + AING + Aipi						
RETORNO Ao posto de saúde em - para retirada de pontos. Ao Ambulatório do Dr. Tiberio em 30 dias para revisão.						
DATA: 10/06/2020			Assinatura: Dr. Tiberio Vanomark CRM-PB 22.180/2019			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO						





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0263011/20

Número do Sinistro: 3200333733

Vítima: VALDENIO CARMO SILVA

Data do acidente: 09/06/2020

CPF: 853.246.554-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDENIO CARMO SILVA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 12/11/2020
Nome: VALDENIO CARMO SILVA
CPF: 853.246.554-49

VALDENIO CARMO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08001599220218152001

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA 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 **VALDENIO CARMO 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.282,50 (UM MIL E DUZENTOS E OITENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados 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 fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 25 de abril de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

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 - 27/04/2023 14:30:46
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042714304603000000068305989>
Número do documento: 23042714304603000000068305989

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 - 27/04/2023 14:30:46
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2304271430460300000068305989>
Número do documento: 2304271430460300000068305989