



Número: **0802051-41.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **12/01/2018**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO (AUTOR)		DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36359788	06/11/2020 16:04	Petição	Petição
36359796	06/11/2020 16:04	2585904_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
36360403	06/11/2020 16:04	2585904_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11060311

A/C: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170288071 ASL-0195912/17

Vítima: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO

Data Acidente: 22/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível
- Documentos de identificação ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01513/01514 - carta_03



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11060737

A/C: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170288071 ASL-0195912/17
Vítima: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO
Data Acidente: 22/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00003/00004 - carta_01



Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2017

Carta nº: 11382609

A/C: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO

Sinistro: 3170288071 ASL-0195912/17
Vítima: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO
Data Acidente: 22/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00899/00900 - carta_02



Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2017

Carta nº: 11424362

A/C: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO

Sinistro: 3170288071 ASL-0195912/17
Vitima: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO
Data Acidente: 22/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000002105-9

Conta: 000001000136-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01319/01320 - carta_15R





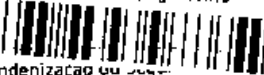
Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMI

Autorização de pagamento



LA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização ou seguro, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, SUELY SUETANIA DA SILVA FIORINDOPORTADOR(A) DO RG Nº 05090199119EXPEDIDO POR DETRAN - PBEM 08/09/15 ECPF 025089684-20 /CNPI 000000000-0000-00, PROFISSÃO REC. ENFERMEIRA

E RENDA MENSAL DE R\$ 9.600,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SUELY SUETANIA DA SILVA FIORINDO. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(**) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

• Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.

• Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.

• Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;

• Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;

• Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);

• Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;

• Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento

comprobatório dos dados bancários);

• CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL

www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;

• Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner-colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU CÔPIA DO VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

22 MAIO 2017

João Pereira 08 de Maio de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

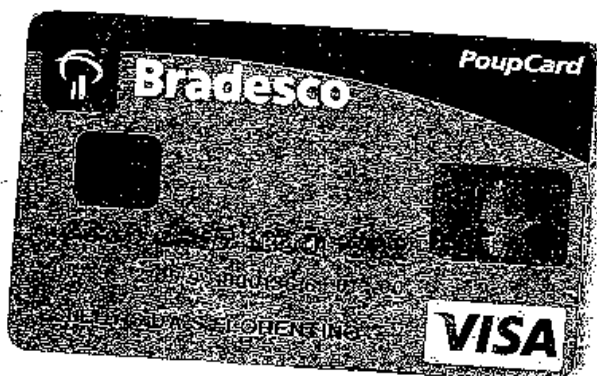


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 16:04:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616040456000000034713720>

Número do documento: 20110616040456000000034713720

Num. 36359796 - Pág. 5





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, SUELY SUELIANIA DA SILVA FIORINDOPORTADORA(A) DO RG Nº 05090199119 EXPEDIDO POR DETRAN - PB EM 08 / 09 / 15 ECPF 025089684-20 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO PELUSO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SUELY SUELIANIA DA SILVA FIORINDO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salarial ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou PREVIDÊNCIA EMPRESARIAL;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 337 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2105-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 100136-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa, 06 de Junho de 2017

LOCAL E DATA

Suely Sueliania da Silva Fiorindo
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

• O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 16:04:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616040456000000034713720>

Número do documento: 20110616040456000000034713720

Num. 36359796 - Pág. 7

Comprovante de transferência para outro banco - TED

**DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA
MOREIRA**

Agência: 4370

Conta Corrente: 01-003309-8

Transferência de Conta Corrente para Conta Poupança - Outra titularidade

Conta de Origem:

Nome:

Diogo Vinicius Hipolito E Silva Moreira

Agência:

**4370 -
J. Pessoa-Tambau**

Conta:

01.003309.8

Conta de Destino:

Favorecido:

Sueli Suetania Da Silva Florindo

CPF:

025.089.684-20

Banco:

237 - Banco Bradesco S.A.

ISPB:

60746948

Agência:

2105 - BAYEUX

Conta:

10001366VALOR: R\$ **6.470**

Outras Informações:

Finalidade:

Crédito em Conta Poupança

Histórico:

Tarifa do Serviço:

Consulte Tabela de Serviços

Data da transferência:

Data: 11/07/2017O crédito na conta destino ocorrerá no dia **11/07/2017** Sujeito à confirmação de saldo na data agendada. Transação sujeita à cobrança de tarifa. Consulte os valores na Tabela de Serviços nas agências e no site www.santander.com.br > Santander > Conta Corrente > Tarifas e Pacotes Padronizados > Tabela Completa de Serviços.Data/Hora da transação: **11/07/2017 - 15:47 h.**Autenticação bancária: **87E22588624E685748DA8A8****Central de Atendimento
Santander**4004-3535 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800-702-3535 (Demais Localidades)SAC 0800-762-7777
Ouvidoria 0800-726-0322

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

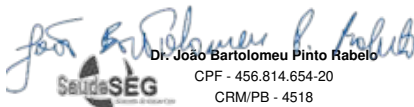
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Suely Suetania da Silva Florindo
Endereço do(a) Examinado(a): Rua São Domingos, 4
Brasília Bayeux PB CEP: 58307-260
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 1913083
Data local do exame: [31/07/2017] João Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO POLEGAR ESQUERDO.**
AO EXAME FÍSICO APRESENTA AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO POLEGAR ESQUERDO, COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO DE PINÇA.
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
EVOLUI COM COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO DE PINÇA DEVIDO AMPUTAÇÃO DO POLEGAR ESQUERDO.
Data da alta: 20/12/2016.
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO POLEGAR ESQUERDO E POSTERIORMENTE RETIRADA DE NEUROMA LOCAL.
Complicações: FORMAÇÃO DE NEUROMA NO LOCAL DO COTO DE AMP.
- III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
APRESENTA AMPUTAÇÃO DO POLEGAR ESQUERDO COM COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO DE PINÇA
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|--|
| () "Vítima em tratamento" | () "Sem seqüela permanente" |
| Esta avaliação médica deve ser repetida em dias | (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica) |
| () "Exame não permite conclusão" | Vide motivo do impedimento no campo das observações |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Seqüela): | Região Corporal (Seqüela): |
| DEDO POLEGAR - Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela): | Região Corporal (Seqüela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



POLÍCIA CIVIL DA PARAÍBA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
PRIMEIRA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
QUARTA DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA DISTRITAL - BAYEUX - PB

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1.464/2017.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

Data e hora do registro do B.O.: 05/05/2017. HORA: 16h10min.,

Local do fato (logradouro/bairro): Bayeux-PB.

NOTICIANTE

SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO, brasileira, divorciada, natural de João Pessoa-PB, filha de Wilton Florindo de Medeiros e Sonia Maria da Silva Florindo, com 40 anos, nascida em 14/06/1976, com ensino superior incompleto, RG 1913083 SSP/PB, técnica de enfermagem, residente a Rua São Domingos, nº 04, Bairro Brasília, Bayeux-PB, (próximo a Madeira Agimaza), fone: 9-8766.5078.

NOTIFICANDO: Que, no 22/08/2016, por volta das 21h30min., estava pilotando MOTOCICLETA marca YAMAHA/FAZER YS250, de cor preta, ano 2010, modelo 2011, placa NQJ0607/PB, chassi 9C6KG046B0021323, em nome de Severino Dias da Silva, seu atual companheiro; Que a notificante trafegava na Av. Liberdade, bairro Sesi, Bayeux/PB, quando conduzia a motocicleta na mão da esquerda, iria fazer uma manobra para esquerda, já vinha sinalizando, quando houve a colisão com um outro motociclista, pois este outro motociclista colidiu atingindo a notificante; Que a notificante com o impacto veio ao solo, juntamente com o motociclista causador do acidente; Que foi atendida por uma equipe do SAMU e encaminhada por HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CAPITAL, sendo submetida a avaliação médica, conforme LAUDO MÉDICO assinado por Sr. Dr. JUAN JAIME ACRE, CRM 3323/PB; Que, a notificante NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE contra motociclista que causou o acidente automobilístico, registra esse BO a fim de dar entrada no SEGURO DPVAT.

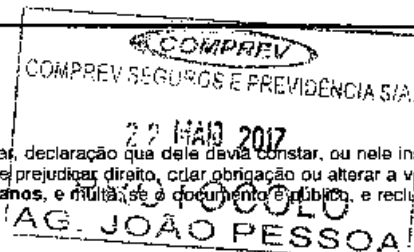
Assinatura do (a)notificante

Suely Suetania da Silva Florindo

Silvânia Lima da Silva

MAT.182.509-7

ATENÇÃO: Art. 299 do CPB: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular."



5ª D.D. - Av. Liberdade, 1753, bairro São Bento, Bayeux - PB, telefone (83) 3253-2001.



Declaracao de Inexistencia de IML

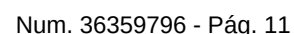
DECLARAÇÃO DE

SUBSCRITA DA CARTEIRA DE

- Bushy Swallowtail on silica flowers

- São Paulo, 09 de Maio de 2017 -

COMPREVEZ
COMPREVEZ E PREVIDENCIA S/A
22 MAG 2017
PROTOCOLO
AGU... JES... DA





**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

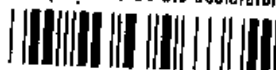
PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 608/110, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1393369, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **SUELY SUELIÂNIA DA SILVA FLORINDO** idade 40 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto e moto)** no dia 22/08/2016, na Av. Liberdade, Bairro: Sesi - Bayeux - aproximadamente às 21:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

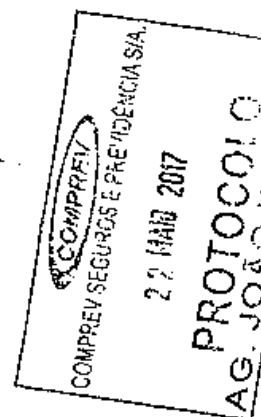
João Pessoa, 31 de Agosto de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto
Enfermeiro
CRM: 66922/10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

SAMU 192 JP



Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 608/110, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1393369, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **SUELY SUELIÂNIA DA SILVA FLORINDO** idade 40 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto e moto)** no dia 22/08/2016, na Av. Liberdade, Bairro: Sesi - Bayeux - aproximadamente às 21:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

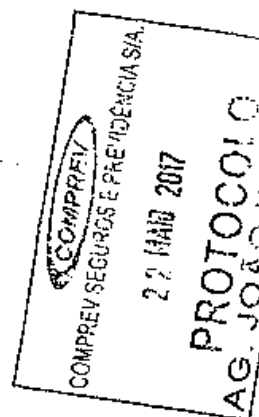
João Pessoa, 31 de Agosto de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRB 1.669/22 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

SAMU 192 JP



Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02105-9

CONTA: 000001000136-6

Nr. Autenticação

BRADESCO0208201705000000000023702105000001000136253125 PAGO



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, SUELY SUSTANIA DA SILVA FLORINDO

RG nº 05090199119, data de expedição 08/09/15, Órgão DETRAN-PB

CPF nº 025.689.684-20, 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:

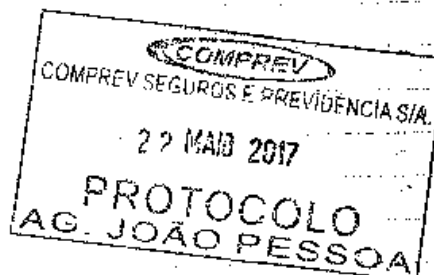
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA SÃO DOMINGOS	
Número	4	
Apto / Complemento		
Bairro	BRASILIA	
Cidade	BAYeux	
Estado	PARAIBA	
CEP	58.907-260	
Telefone de Contato	83 98630-4130	83 98766-5028
E-mail	sueflore@hotmail.com	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 08 de Maio de 2017

Assinatura do Declarante:

Suely Sustania da Silva Florindo



SONIA MARIA DE ANDRADE SILVA
RUA SAO DOMINGOS 41 - BRASLIA
DAYLEN/PB CEP 58207-280 (AO 1)

CONSUMIDOR RESOLUCAO/DAIA RE 1210/2012
Roteiro B-B-231-0270
Nº medidor: 0000137073

Instalacao: 04/01/2012
Cidade: 12104-177

ENERGISA
Energia para todos
Fone: 0800 083 0196
Site: www.energisa.com.br

Telefone: 0800 083 0196
Chamada para Dúvida Automática: 0000378740

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

Conta referente a: **UC (Unidade Consumidora): 5/328774-5**

Abr / 2017

Canal de contato

Apresentação

Fora do prazo de entrega: 15/05/2017

12/04/2017

Data prevista da próxima leitura

15/05/2017

CPF/CNPJ/RANI

36476528481

Insc. Est.

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Leitura Data Leitura
15/03/17 5303 12/04/17 5513

1 180 28

Faturas em atraso

Demonstrativo

		Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
22/03/2017	79,34	Consumo de 0,3 MWh (100)	30	0,14158	4,24
22/12/2016	224,13	Consumo - 0,1 a 100 MWh (100)	70	0,24271	16,99
		Consumo - 101 a 220 MWh (100)	80	0,30407	24,32
		Adc B Amarela			1,40
		Adc B Vermelha			1,81
		Suscrio			28,85
		ICMS			31,81
		PIS			1,00
		COFINS			5,10

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/17	147
Fev/17	147
Jan/17	120
Dez/16	252
Nov/16	214
Out/16	200

CONTRIBUICAO ILUMINACAO
JUROS DE MORA 02/2017
Multa 02/2017
ATUALIZACAO MONETARIA 02/2017
Devolução Suscrio

COMITÊ DE SEGURANÇA
22 MAI 2017

ITEM	BASE DE CALCULO	ALICUOTA	VALOR R\$
ICMS	118,31	27,00	31,91
PIS	118,31	0,9320	1,09
COFINS	118,31	4,2412	5,01

20/04/2017

TOTAL A PAGAR R\$ 100,24

1616076d2ba.805a.817a.dee9

Composicao do valor total da sua conta

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Servicos de Transmissao	18,99	18,93
Servicos de Distribuicao	25,81	25,85
Servicos de Transmissao	1,30	1,30
Servicos de Distribuicao	5,10	5,10

Scanned by CamScanner

Declaração do proprietário do veículo

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SEVERINO DIAS DA SILVA,

RG nº 2023569, data de expedição 05/01/13,

Órgão SSDS-PB, portador do CPF nº 021.726.694-07, com

domicílio na cidade de BAYEUX, no Estado de

PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA SÃO DOMINGOS, BRASÍLIA, nº 4,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima SUELY SUSTANIA DA SILVA FLORENO cujo o condutor era

SUELY SUSTANIA DA SILVA FLORENO.

Veículo: YAMAHA FAZER

Modelo: YS250

Ano: 2010 - 2011

Placa: NQ30607-PB

Chassi: 9C6KG0460B0021323

Data do Acidente: 22/05/16

Local e Data: SSA, Pousa, 08 de Maio de 2017



Severino Dias da Silva
Assinatura do Declarante

Bayeux PB - 08 de Maio 2017

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Santiago Pereira
Advogado OAB/PB nº 10.123-1
Rua Liberdade, 1033 - Fone: (83) 3232-1234
Porto Alegre - CEP: 91305-900
E-mail: (83) 3232-1234

Reconhecido, como autêntica e verdadeira, a(s) Fimada(s)
SEVERINO DIAS DA SILVA
Em test. da verdade. - PB 08/05/2017 15:29:43
Isabel Cristina Santiago de Brito Pereira - Tabelião Su
12917-064203 Fimada(s) 0.27 Fimada(s) 0.85 ISS:R\$ 0.46
SELLO DIGITAL: APL30065-00001
Confira a autenticidade em <https://sellodigital.jus.br>

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 MAIO 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Suely Suetania da Silva Florindo
DATA DE NASCIMENTO 14/06/76
NOME DA MÃE Sonia Maria da Silva Florindo

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 942302
DATA DO ATENDIMENTO 22/08/16
HORA DO ATENDIMENTO 22:34
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura exposta de 1º quirodáctilo E.
CID 10 S62.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando fratura exposta em 1º quirodáctilo esquerdo, lombalgia, dificuldade de mobilizar membros inferiores, glasgow 15 sem déficit motor. Avaliado pela Neurocirurgia, Traumatologia.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 MAIO 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

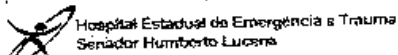
1º atendimento + transferência para Ortotrauma conforme pactuação.

ALTA HOSPITALAR: 22/08/16
DATA DA EMISSÃO: 17/11/16

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 942302



Identificação do paciente			
ID 1073357	Nome SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 14/06/1976	Idade 40 anos 2 meses 8 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião
Mãe NAO INFORMADO			Pai NAO INFORMADO
Escolaridade SUPERIOR INCOMPLETO			Responsável (Parentesco) SEVERINO DIAS DA SILVA
DDD Móvel	Fone Móvel 986229017		DDD Fixo
	Número documento		Nº Cns
Tipo documento NAO INFORMADO			
Local de procedência BAYEUX			Tipo MUNICIPIO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		UF PB
			CBO/R
Endereço			
CEP 58307260	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro SÃO DOMINGOS
Número 04	Complemento		Bairro BRASILIA
Admissão			
Data e hora 22/08/2016 22:34:53	Número da pulseira 100000549034		Convênio SUS
Especialidade TRAUMATOLOGISTA			Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL
Classificação de risco			Origem do paciente AMBULANCIA
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente OUTROS
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Sim
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou NAO SE APLICA	
Sinais Vitais			
PA x mmHg		Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
CID			
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA			
Tempo 03min 19seg			

Imprimir

ORTOTRAUMA

22/08/2016 22:37



Proch NOR

Vatima de
cuidado de auto

St deff auto

Rec. G.

Ass. Lulu

ref. La Bua de
NOR

Alexandre B. G. da Silva
MÉDICO
CRM-PB 4988



BRASILHA
BRASILHEIRA

Primeiro Atendimento Médico

100000548024
SUELIO SUELIANTIA DA SILVA FLORINDO
DT. NASC.: 14/08/1979
RAE: NAO INFORMADO
END.: SAJO DOMINGOS
N. DA - BRASA LIA
BAYEUX
FONE: ()
CELULAR: () 986229017
IDADE: 40
DT. ENTRADA:



PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de moto, em uso de capacete. Tipo primo de ocorrência de vários. Apresentando ferimento aberto em 1º quadrante, fíbula (E) + Lombalgia c/ dificuldade de movimentação de MMII.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Pervas ☐ Obstruídas
AÉREAS
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☒ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade ☐ Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
HTE: ☒ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

2- RUIDOS

() Sim ☒ Não
HTD: Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores
HTE: Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

FR: _____ imp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO: ☒ Normal ☐ Aumentado ☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS: ☒ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas ☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
SOPRO: ☐ Presente ☒ Ausente
BE OU B4: ☐ Sim ☒ Não

FC: _____ bpm PA: _____ X mmHg T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN: flácido, diminuído, indolor

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow

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

F(NG).CC.001-1

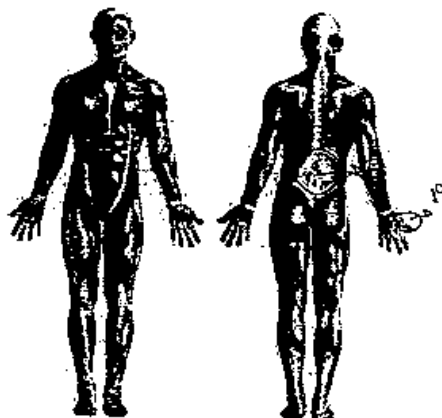


EXAME SECUNDÁRIO

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

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



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

OBS.: _____

QUEIMADURA:

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

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada
☐ Lavado peritoneal
☐ Gasometria arterial
☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Atendimento inicial		
2	Dipirona 21, A.D. w		
3	Coloide 100 ml + 100 ml F.O. 9.1 w	22/50	
4	Coloide de cristal 100 ml		
5			
6	TRAMAL 100 mg + 100 ml S.O. 9.1 w	09/45	
7			
8	Heptacina 270 mg IM		
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ ORTO _____ NCR _____ às _____ do dia _____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 DA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____
☐ Centro cirúrgico
☐ Transferência (unidade de saúde)
☐ Internado (setor)
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ IML ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1



GUARAPARUA
PARANÁ

100000549034
SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO
DT. NASC.: 14/05/1978
VIRE: NÃO INFORMADO
END.: SAPO DOMINGOS
N. 04 - BRISA LIA
BAYDUX
CONE: 11
CELULAR: (11) 986229017
IDADE: 40
DT. ENTRADA:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTU

NOME DO ACIDENTE:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros:

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto encaixado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas):

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

EXAME FÍSICO

PA: / , mmHg

P: bpm

SpO2:

Tax:

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência:

☐ Consciente ☐ Inciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das pupilas:

Símetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas
Tamanho: ☐ Mícticas ☐ Mícticas

Sistema Respiratório:

☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas patentes
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusion tissular satisfatória
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusion tissular comprometida
☐ Palidez ☐ Outros:

Sistema Digestório:

☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial
☐ HDB ☐ Corpo estéril ☐ Dor à palpação profunda
Outros: ☐ Rigidez abdo ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

☐ Disúria ☐ Hematuria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Intenções ☐ Outros: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias

USO DE MEDICAÇÃO?

☐ Sim ☐ Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

22/08/16 Paciente deu entrada neste setor vítima de acidente de moto no município de Guaraparu e originária de comunidade do CD 2.

DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREM:

F(NG) ENF.022-1

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

100000549034 BE: 942302
SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO
DT. NASC.: 14/06/1978
MAG: NAO INFORMADO

HEETSEI

BE/PRONTUÁRIO

SND.: SAO DOMINGOS
N. 04 - BRASA LIA
BAYEUX
CONE: (1)
CELULAR: (1) 996229017
IDADE: 49
DT. ENTRADA:

Nome do paciente

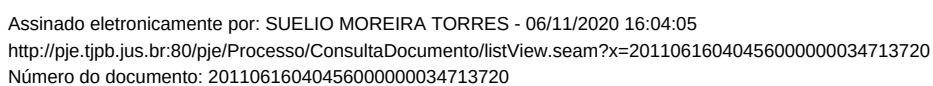
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		O Monitor O, 70.
		O Fr Espelho de Reflexo
		Em (Folha Anel)
		Agenda Liberar o de
		NCR p/ Encerramento
		do Orçamento corpo
		a 4 Abertura Admistr
		Andre Cristiano da Costa Lima Medico CRM 1905 RN / 9714 PB
		Dr Andre Fong (STAFF).
		7:10 Encerramento do Orçamento
		corpo 7:10
		Andre Cristiano da Costa Lima Medico CRM 1905 RN / 9714 PB

F(NG).ENF.018-1

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

महेश्वरी

F(NG).ENF.018-1



CERTIDÃO

Nº. 0417/2017

Atendendo solicitação de DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de N°879414 e Prontuário N° 2012.12.001011 pertencente à **SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO** que foi atendida dia 23/08/2016 às 01hs39min, paciente vítima de colisão moto x moto apresentando trauma em mão esquerda. Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de mão esquerda. Submetido a procedimento cirúrgico de amputação de polegar esquerdo dia 23/08/16 e alta médica dia 29/08/16.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de abril de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 879414 Ald: Nao Regulado
Data: 23/08/2016
Hora: 01:39:16
Recepcionista: WILMA FERNANDES MONTEIRO
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 2
Nome: SUELY SUELANIA DA SILVA FLORENTINO Num. Prontuario: 2012.12.001011

RG: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 1913083 Fone: 88864547
Naturalidade: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 14/06/1976 Id: 40 ano(s)

End.: RUA SAO DOMINGOS, 4
Bairro: BRASILIA Cidade: SAEUX UF: PB
Pai: WILTON FLORENTINO DE MEDEIROS
Mae: SONIA MARIA DA SILVA FLORENTINO

Ocupação: TECNICO DE ENFERMAGEM (CURSO SUPERIOR)

INFORMACOES DE ENTRADA

Rel.: ESPOSO-SEVERINO DIAS
Tel/Doc. Responsavel: C / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima do acidente por: VITIMA DE UMA COLISAO MOTO-MOTO
Vitima de violencia por: EM SAEUX PROX A UPA
☐ Caso Policial

PSE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco:

PA:	FR:	☐ Aparentemente Bem	☐ Grave
PC:	TP:	☐ Politraumatizado	☐ Convulsao
Peso:	Altura:	☐ Hemorragia	☐ Dispneia
Glicemia:	IMC:	☐ Diarreia	☐ Agitado
C. Abd:	O2%:	☐ Regular	☐ Chocado
		☐ Vomito	

Observacao

Queixa Principal

*queixa de dor no antebraço direito, com
inchaço e vermelhidão na região afetada.*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Acidose no 4º dia de internação. Ex
to hipertensão com perfil de T5 9mm
ou no 9º dia 7mm*

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da Medicacao

*- Propifen 750mg
- Propifen 1000mg*

Dr. Thales W. S. Maia
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8590 / TEGT - 10843



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde:	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVC [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Sueli Suetanto S. Thome</u>		Registro: <u></u>	
Idade: <u>23.08.16</u>	Sexo: <u>F</u>	Cor: <u>Br</u>	Clínica: <u></u>
Data: <u>23.08.16</u>	Cirurgião: <u>Dr. Thome</u>	EMP: <u></u>	I.R.: <u></u>
2º Assistente: <u>Dr. R. G. A. A.</u>	3º Assistente: <u></u>	1º Assistente: <u>Dr. R. G. A. A.</u>	Instrumentador: <u></u>
Anestesiata: <u>Dr. R. G. A. A.</u>	Tipo Anestesia: <u></u>	Horário: <u></u>	I: <u></u> T: <u></u>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<u>Amputação Transversal do</u>			
<u>dedo (2)</u>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<u>Amputação do</u>			
<u>dedo (2)</u>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não			Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1- Lado direito do paciente
2. Anestesia
3. Posição supina e braço

Incisão:

4. Otimização da pele
fil de Nylon 0 Absorvível
de, com uma sutura zig-zag.

Achados:

5. F. e. T. e zig-zagado de
lado de sutura.

6. Sutura em SFOT.

Conduta:

7. Sutura

8. Sutura

Fechamento:

OBS:

Data: 22/08/11

Dr. FÉLIX W. S. MOREIRA
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 6590 / TEOT 10843

MEDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Suely Santania da Silva Florentino</u>		Data da Admissão: <u>28/08/16</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>		
QPD: _____			
HDA: <u>Qual no 8 m</u>			
<u>fu fu rep. 255</u>			
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 ☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____			
ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ 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 PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade ☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTA
[] Trauma [] Neo [] Tabagismo
[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

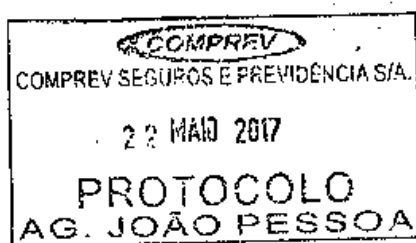
Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: *Tratamento com...*

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



100-443886-100



Documentos de identificação



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

Nome: **SORLY SUBTANIA DA SILVA FLORINDO**

Doc. Identific. / Org. Emissor: **1913083** **SEP** **PB**

CPF: **025.089.684-20** Data Nascimento: **14/06/1976**

Função: **WILTON FLORINDO DE MEDEIROS**
SONIA MARIA DA SILVA FLORINDO

Formação: **RECEPCIONISTA** ANO: **2015** CATEGORIA: **AB**

Registro: **05090199119** Validade: **04/09/2020** 1ª Inscrição: **01/12/2010**

Assinatura: *Sorly Subtania da Silva Florindo*

Local: **JOAO PESSOA, PB** Data Emissão: **08/09/2015**

51404009868
PB031299873

VALIDA EM TUDO O TERRITÓRIO NACIONAL
1152895160

PROIBIDA FALSIFICAÇÃO
1152895160

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
17 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170288071 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUELY SUETANIA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
FLORINDO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NA MAO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NAO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE
COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170288071 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUELY SUETANIA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
FLORINDO

PARECER

Diagnóstico: Amputação traumática do polegar esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta amputação traumática do polegar esquerdo, comprometimento da função de pinça.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico para regularização de coto de amputação traumática do polegar esquerdo e posteriormente retirada de neuroma local.
Complicações: Formação de neuroma no local do coto de amputação.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do polegar esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170288071 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUELY SUETANIA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
FLORINDO

PARECER

Diagnóstico: Amputação traumática do polegar esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta amputação traumática do polegar esquerdo, comprometimento da função de pinça.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico para regularização de coto de amputação traumática do polegar esquerdo e posteriormente retirada de neuroma local.
Complicações: Formação de neuroma no local do coto de amputação.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do polegar esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





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

Processo: 08020514120188152001

BRADESCO 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 **SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO**, 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\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO 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, 4 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 16:04:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616040547900000034714126>
Número do documento: 20110616040547900000034714126