



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPO MAIOR/PI

Processo: 08000256020198180026

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPO MAIOR, 13 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000113257-2

Nr. da Autenticação 34EA7162fef6db8f

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180212894 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL E AFUNDAMENTO DE OSSO FRONTAL. FRATURA EXPOSTA DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA E FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: SEM SEQUELA NEUROLÓGICA E SEQUELA FUNCIONAL ACENTUADA DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA. TRATAMENTO CONSERVADOR DO CRANIO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. ESTA DE ALTA MEDICA. COM QUEIXAS SUBJETIVAS DO CRANIO.

CONGELAMENTO COM DEFORMIDADE DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 4º QUIRODACTILO DIREITO. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODACTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/06/2018

Conduta mantida:

Observações: * APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

Médico examinador: ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

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 mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

PRESTADOR

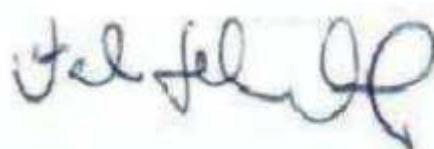
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

Sinistro: **3180212894**

Nome do(a) Examinado(a): **ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **R RONDONIA nº 188 - SANTA CRUZ - CAMPO MAIOR/PI**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 576412880 - SSP**

Data e local do acidente: **19/01/2018 CAMPO MAIOR/PI**

Data e local do exame: **12/07/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

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

**TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO COM HEMATOMA SUBGALEAL E AFUNDAMENTO DE OSSO FRONTAL.
FRATURA EXPOSTA DO 4º METARCARPO DIREITO E FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.**

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

TRATAMENTO CIRURGICO COM IMPLANTE DE FIXACAO METALICA NO 4º E 5º DEDOS DA MAO DIREITA.

TRATAMENTO CONSERVADOR DO CRANIO

REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. ESTÁ DE ALTA MÉDICA,

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

**VÍTIMA SEM DÉFÍCIT COGNITIVO OU MOTOR. CRANIO-SEM SEQUELAS,
4º E 5º DEDOS DA MAO DIREITA, COM LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXO-EXTENSÃO, SEM REPERCUSSÃO NA MÃO.**

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

SIM NÃO

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

SIM NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL ACENTUADO DO 4º E 5º DEDOS DA MAO DIREITA

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vítima em tratamento

Sem sequela 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

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

Região Corporal(Sequela): **V DEDO DA MÃO DIREITA**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela): **IV DEDO DA MÃO DIREITA**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

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

APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

Médico Perito: ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO CRM:3165/PI


ISMAR MARQUES FILHO
MÉDICO
CRM:3165/PI

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

086.192.103-86

Nome

ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS

Nascimento

07/05/1988

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PROIBIDO PLASTIFICAR



PROIBIDO PLASTIFICAR



REPRODUÇÃO PROIBIDA DA POLÍCIA FEDERAL DO BRASIL
ESTAMPA DE SIA PÁGINA 8220-6

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

13/JUL/2013

57.641-288-0
ELIELTA OLIVIERA DOS SANTOS

PEDRO VALÉRIO DOS SANTOS

MARIA FÁTIMA OLIVEIRA
SANTOS

A autenticidade desse comprovante deve ser

8902.5A98 D68F.089B

Validado no site da Receita Federal

193 Delegacia Distrital
Roberto Marinho do Rio de Janeiro

LEI Nº 7.119 DE 29/06/89

CAMPO MAIOR
CAMPO MAIOR
CN: LV. A55 / FLS. 19 / N. 066439

Senha 7

ELIEUDA OLIVEIRA SANTOS

Nasc.: 07/05/1988 Idade: 29 ANOS, 8 MESES, 12 Telefone: () -
End.: RONDONIA, 220 - Bairro: SANTA CUZ
IBGE: 2202208 Cor: PARDAS Mãe: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA SANTOS

CPF: - RG: - SUS:

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64280

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

Pai: PEDRO VALERIO DOS SANTOS

Clinica: **ACOLHIMENTO** Documento: 2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA
Responsavel: ELIEUDA OLIVEIRA SANTOS - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 10/6

Procedimentos

19/01/2018 4:03 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Hipótese Diagnóstica Atual:

Antecedente Pessoais:

Antecedente Hereditário:

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Conduta:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Glaciano & Instituto Radiológico
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

19/01/2018
DE CONSULTA
DE SEGUIMENTO

09 MAI 2018

DEVOLTO

Dr. Antonio Carlos Soares e Silva
Clínico Geral
CRM-PI 2140 C.R. 043060
cel. 988723222 988723272

Responsável: ELIEUDA OLIVEIRA SANTOS

2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA



NOME DO PACIENTE: Elieta Oliveira dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 46 5663

AGENCIAMENTO
DE SEGUROS

09 MA. 2018

EDIFÍCIO

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



2. LETIM DE ENTRADA - BE

DOS DO PACIENTE:

Nome: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS		Prontuário: 465661
Mae: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA SANTOS		Pai:
End. Resid.: RUA RONDONIA N230 - STA CRUZ - CAMPO MAIOR - PI - CEP: 64200-000		
Nascimento: 07/05/1988		Idade: 29a:8m:12d
Responsável: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA SANTOS		Sexo: Feminino. Fone: 86-94501-485
Profissão: NAO INF		CNS: 898004090517895
E. Instrução: Não informado		Documento:
		E.Civil: Solteiro(a)

2020 RELEASE UNDER E.O. 14176

IDOS DO ATENDIMENTO:			
Código: 646817	Data: 19/01/2018 08:12:03	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Acid. Projeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário: V299

DOIS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Final/Sintoma:</u> MUEDAS	<u>Evento Principal:</u> Fratura exposta	<u>Destino:</u> CIRURGIÃO GERAL	<u>Classificação:</u> Amarelo
<u> breve Histórico:</u> PODIU VENIR DO HOSPITAL DE CAMPO MAIOR, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA EXPOSTA DE PODOGRÁFICO DA MÃO DIREITA + LESÃO DO COURO CABELEDO, FEVERE, DEDALERA - DOR EM MIGRA, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO.		<u>Profissional</u>	<u>Clas.</u>
		<u>Risco:</u>	3
		<u>Assinatura:</u>	<u>WILDA CARVALHO DA SILVA</u>
		<u>Coreme:</u>	09
		<u>EM:</u>	19/01/2018 08:25:42

DADOS CLÍNICOS: (Horas: ____ : ____)

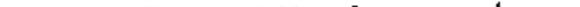
Paciente vítima de violento motocicletico há aproximadamente 6h, com uso de capacete, perdeu a consciência no local, não vomitou. Aclamação irregular. A-V: Os sinais periorbitais, sem uso de máscara rígida. B: MV+; sem ruidos abertivos, expectoração de secreção mucoide. C: pupilas均匀 e pupilas TEC < 20. D: Glasgow: 15, com ruidos viscerais e peristalticos tónicos em cílios conjuntivais, pectenos em periferia da maca D (cor cítrica ou amarela), exorinios em ombro.

PA _____ mmHg	Pulso: _____	Respiración: _____	Temperatura: _____
Diagnóstico Inicial:	DATA: 19/09/2011	GRUPO: 1	CLAS: 1

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Sobreira TC d. orânia, TC de pele, Rx d. coluna entre ex de pulmão D, Rx de pele e Rx de entre D AUT DR. ZENON ROCHA
- Reckziek nítidas emolumento act e exame cano estface

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		DATA:	Se interação, indica o número da procedimento
		19/01/13 09:00:12	
DATA:		HORA:	CONFIRA DOCUMENTO
		10:00	
PROBLEMA:		TIPOLOGIA:	Procedimento
		PELICULAS	
PROBLEMA:		TIPOLOGIA:	CID
		PELICULAS	


Assinatura Pároco ou Responsável

Assigatura - Professional Médico



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 66 3229 4872
TESESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Page: 19/31/2018 05:36:18

[NEURO CASUALHO]

LETRA DE PARECER PROFISSIONAL

DOS DO PACIENTE:

Nome: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS		Prontuário: 465661
Mae: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA SANTOS		Pai:
End. Resid.: RUA RONDONIA N°210 - STA CRUZ - CAMPO MAIOR - PI - CEP: 64280-000		
Vasimento: 07/05/1968	Idade: 29a:8m:12d	Sexo: Feminino Fone: 86-94501-485
Responsável: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA SANTOS		CNS: 898004090517895
Profissão: NAO INF	Documento:	
3. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Legal:		

DOS DO ATENDIMENTO:

DEUS DO ATENDIMENTO:
Código: 646817 Data: 19/01/2018 08:12:03 Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)
Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: ____ / ____ / ____ : ____ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: OPTOFEMA: 9:42

Paciente com história exposita de 4-5 dias e 5º metacarpal da mão direita exposto, com indicação de cirurgia. cd: Agendada audiômetro Neuros para posterior cirurgia ortopédica de urgência.

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ____/____/____

U.S. Credit Card & Financial Services
1000 3rd Avenue, Suite 1000
Seattle, Washington 98101
(206) 467-1120
FAX: (206) 467-1121
TELE: (206) 467-1120
CRPM-72 3895 - 10/86

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 10/08/04:10 ESPECIALISTA: ***

ESPECIALISTA:

CONFIDENTIAL

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

Page #

ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

Page 11

~~MOTIVO DA SOLICITAÇÃO~~
Gestão PEC (cont.) TCE - Alteração de regras
TCE de 03/06/2013 - Projeto Geral (PJ) com
alterações e + ou - seu entendimento
Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / 07-07-2014 09:00
ATR: Sum. andador novo com prazo de 30 dias
medida: medida nova data: 07/07/2014
ATR: prod. 012

Carimbo/Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	ELIELIA OLIVEIRA DOS SANTOS		07/05/1988	F	465601
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
		MARIA DE FATIMA OLIVEIRA SANTOS	MARIA DE FATIMA		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
			220		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF		
SANTA CRUZ		CAMPOMAIOR	PI		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA EM MÃO D COM FERIMENTO EXTENSO E EXPOSIÇÃO OSSEADA 0480203-12 56260408020377
56230408060450 5668CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACÃO
AS ACIMAPRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAMES CLÍNICOS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S623 - FRATURA DE OUTROS QUSOS DO METACARPO	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/ N.º DO CONSELHO)	
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 19/01/2018	MARCOS ALEXANDRE PEREIRA DE ARAUJO VARANDA CRM: 181139748300
DATA ADMISSÃO 19/01/2018 11:54	DATA ALTA 20/01/2018 07:15	MOTIVO ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N.º DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/N.º DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA	
MARCOS DE MELLO MARTINS SANTOS MOURA CRM: 070940056	DATA ANÁLISE: 24/01/2018 16:01:32	CRM: 181139748300 CONFERE COM 501

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

CONFIRME COM 501

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Bulota Oliveira dos Santos</u>		IDADE <u>anos</u>	DATA <u>19/01/2018</u>		
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>13</u> hs <u>00</u> min		TIPO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> IRAQUE <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO			
CIRURGIA REALIZADA <u>fract. mao ①</u>		CIRURGIAO _____			
SINAIS VITais	HORÁRIO				
	ADMISSÃO		SAIDA		
	PRESSAO ARTERIAL (mmHg) <u>133/78</u>			<u>129/85</u>	
	FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm) <u>72</u>			<u>80 bpm</u>	
	SATURAÇÃO DE O2 (%) <u>100%</u>			<u>100%</u>	
	TEMPERATURA AXILAR (0°C) <u>36.6</u>			<u>36.6</u>	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)					
NOME/ MATRÍCULA <u>Jacir</u>			<u>Jacir</u>		
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK					
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Desperta, se soltado	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	TOTAL <u>03</u> CR			
ESCALA DE DOR ALTA	10	Ass. <u>Jacir Alcântara do Prado</u> Est. <u>312232</u> <u>Jacir Alcântara do Prado</u> Est. <u>312232</u>			
() SONDA VESICAL	() DREN. DE SUCCÃO	() DREN. TORACICO	() JOVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG. () NASOE
hs	ml.	hs	ml.	hs	ml.
hs	ml.	hs	ml.	hs	ml.
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:					
<p><u>14h: Admitida na UPA com fract. mao ① sob efeito de anestesia geral, contínente, dor lenta, parox. cianose-resspira RR, estôm. MP perito. sem queixas</u></p>					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> RAIO-X REALIZADO DATA <u>21/12/18</u> Técnico <u>GMM</u> </div>					
PRESCRIÇÃO MÉDICA			ALTA SRPA <u>Dra. Milletta Ramos de Souza</u> ANESTESIOLOGISTA <u>CRM-PI 4741</u> HORÁRIO <u>10/01/2018</u> ANESTESIOLOGISTA <u>Dra. Milletta Ramos de Souza</u> CRM-PI <u>4741</u>		
ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []					
POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD					



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Elvito Oliveira dos Santos

Diagnóstico pré-operatório

+ d. h. articulo 2 + Fract. c. fibula + Fract. tibia + Fract. fibula + Fract. tibia

Operação - Tipo

Ligue m^{as} 2 + Fract. c. F-2 + Fract. tibia + Fract. fibula

Cirurgião

Dr. Vilalobos

1º Assinante

2º Assinante

DR. VILALOBOS
OPROPE 1999
01/01/2000

3º Assinante

Instrumentador(a)

DR. VILALOBOS
OPROPE 1999
01/01/2000

Anestesiista

Anestesia

Anestésico(a)

01/01/2000

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O m^{as}

Relatório Imediato do Patologista

P

21/01/2000

Acidente Durante a Operação

Não houve

Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) P^o em DM 21/01/2000
- 2) Histerectomia + Aspir. + Capa estéril
- 3) Estabilização de feridas tracte
- 4) Drenagem
- 5) Suturas exame c/ SFO Pt.
- 6) Fract. d. fibula + Fract. tibia
- 7) Fract. c. fibula + Fract. tibia + Fract. c. tibia + Fract. fibula
- 8) Sutura fechamento

CONFIRMO
CONFER CO

WILSON VILALOBOS
01/01/2000
01/01/2000
COS

CIÉNCIA DE TERESINA - HUTI

THE SOUTHERN STATES



LAUDO MÉDICO

Paciente: **ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS** (Prontuário: 465661)
 Endereço: RUA RONDONIA N220 - BTA CRUZ - CAMPO MAIOR - PI CEP: 64280-000
 Nascimento: 07/05/1988 Idade: 29a:10m:6d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 206629
 Requisição: 607761 Solicitação: 19/01/2018 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
 Controle: 1000754 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ANEXO I EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 19/01/2018

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas recentes a.inhadas na falange media do 4º quirodactilo e no 5º metacarpo fixados com fios metalicos.
 - Aumento de volume das partes moles.

(GRANDE SILVA)

TERESINA - PI 13/03/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

CONFERENCE COMMISSIONER, MARCH 15, 1972
SIGNED BY [signature]



CLÍNICA SÃO FRANCISCO

CNPJ: 07121386/0001-39

Rua Antonino Freire, 535 - Centro - Campo Maior-PI

Tel: 86 3252 5311

RELATÓRIO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que, segundo documentação apresentada, ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS foi vítima de acidente com motocicleta dia 19/01/18 apresentando trauma craniano frontal direito e fratura exposta em dedos da mão direita (diáfise da falange proximal do 4º dedo e da diáfise do 5º metacarpo). Realizado fixação com fios metálicos nas fraturas, uso de analgésicos por 15 dias. Evoluiu com episódios de cefaleia e tontura. Refere ainda perda de movimento de flexão no 4 dedo e diminuição de 50 % no 5 dedo.

Campo Maior-PI, 29/06/18

Leandro Paixão Torres

CRM 2989

Leandro Paixão Torres
CRM 2989
Urologia / Endoscopia



ELIEUDA OLIVEIRA SANTOS

CPF: - RG: - SUS:

Nasc.: 07/05/1988 Idade: 29 ANOS, 8 MESES, 12 Telefone: () -
End.: RONDONIA, 220 - Bairro: SANTA CRUZ
IBGE: 2202208 Cor: PARDAS Mae: MARIA DE FATIMA OLIVEIRA SANTOS

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64280

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

Par: PEDRO VALERIO DOS SANTOS

Clinica: **ACOLHIMENTO** Documento: 2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA
Responsavel: ELIEUDA OLIVEIRA SANTOS - O MESMO

Temp.: °C Peso: Kg

P.A.: 10/6

Procedimentos

19/01/2018 4:03 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Vermelho Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Hipótese Diagnóstica Atual:

Antecedente Pessoais:

Antecedente Hereditário:

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Conduta:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

19/01/2018
CORREÇÃO
DE SÉGUINCIAS

09 MAI 2018

Responsável: ELIEUDA OLIVEIRA SANTOS

2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA

Dr. Antonio Carlos B. S. e Silva
Médico - Consultor
CRM: 2140 CRP: 2000
Endereço: Rua 25 de Março, 25272
Bairro: Centro
Cidade: CAMPO MAIOR/PI

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2018

Carta n°: 13001202

A/C: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180212894
Vitima: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS
Data do Acidente: 19/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

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: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.025,00

Banco: 104

Agência: 000000616

Conta: 00000113257-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.025,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

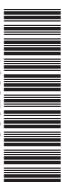
Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ **2.025,00**

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



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

086.192.103-86

Nome completo da vítima

ELEITA OLIVEIRA DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ELEITA OLIVEIRA DOS SANTOS		CPF titular da conta 086.192.103-86	Profissão DONA DE CASA
Endereço RUA RONDONIA		Número 188/196	Complemento CASA
Bairro FRT PSA	Cidade CAUPO-MAIOR	Estado PI	CEP 64.280-000
Email		Telefone (DDD) 86-99413.3468	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (081) ITAÚ (341)

 CARGA ECONÔMICA FEDERAL (04)

AGÊNCIA NRO. 0516	D/V	CONTA NRO. 113257	D/V
(Informar dígito se existir)			

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nro:	Nro		
AGÊNCIA Nro.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)			

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

Caupo-Maior-PI, 07 de MAIO

 CORRETORA
DE SEGUROS

Local e Data

09 MAI 2018

ELEITA OLIVEIRA DOS SANTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.000707/2018-02

Unidade de Registro: 1º DP DE CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Pedro Alves Da Silva Filho

Data/Hora: 05/05/2018 - 11:56

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

2º DP DE CAMPO MAIOR

19/01/2018 - 03:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

CAMPO MAIOR

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

BR 343/PRÓXIMO A PONTE DO RIO LONGÁ, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

Mãe: MARIA DE FÁTIMA OLIVAIRA SANTOS

Pai: PEDRO VALÉRIO DOS SANTOS

Endereço: RUA RONDONIA, Nº 188

Bairro: SANTA CRUZ

Cidade: CAMPO MAIOR

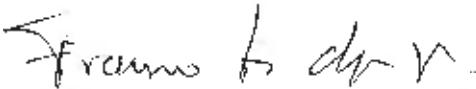
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

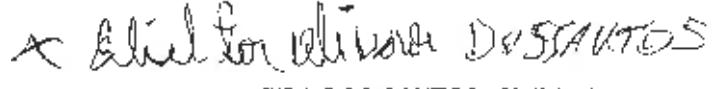
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU NESTA DELEGACIA PRA INFORMAR QUE NA DATA DE 19/01/2018 POR VOLTA DAS 03:30 HORAS DA MANHÃ A VÍTIMA CONDUZIA UMA MOTOCICLETA VINDO DA LOCALIDADE ALTO DO MEIO, ZONA RURAL DE CAMPO MAIOR-PI PARA A CIDADE DE CAMPO MAIOR-PI E ESTANDO NA BR 343 PRÓXIMO A PONTE DO RIO LONGÁ AO TENTAR DESVIAR DE BURACOS NA VIA PERDE O CONTROLE DA MOTO E VEM A CAIR, QUE DA QUEDA PERDEU OS SENTIDOS. FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE PASSAVAM NO MOMENTO DO ACIDENTE E CONDUZIDA PRA O HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR-PI ONDE FOI ATENDIDA PELO MÉDICO PLANTONISTA DR. ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA, CRM-PI 2140 E DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO FOI TRANSFERIDA PRA O HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA-PI (H.U.T) QUE APÓS EXAMES CONSTATOU-SE FRATURA DE CRANIO COM AFUNDAMENTO E FRATURAS NO QUARTO E QUINTO DEDO DA MÃO DIREITA, QUE PASSOU POR TRATAMENTO CIRURGICO DAS FRATURAS.. QUE A MOTO EM QUE ANDAVA POSSUI OS SEGUINTE DADOS: MARCA/MODELO HONDA BIZ 125 ES, ANO FAB 2013/2013, COR PRETA, PLACA PIJ -7961 CAMPO MAIOR-PI, CÓD RENAVAM 01001043648159, CHASSI 9C2JC4820DR040356, EM NOME DE FRANCISCO CLEITON DE BRITO FEITOSA DE ARAUJO. NADA MAIS A DECLARAR.


Francisco das Chagas Silva - Mat. 0095109

ESCRIVÃO DE POLÍCIA


Elielta Oliveira dos Santos

ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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

Sinistro: **3180212894**

Nome do(a) Examinado(a): **ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **R RONDONIA nº 188 - SANTA CRUZ - CAMPO MAIOR/PI**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 576412880 - SSP**

Data e local do acidente: **19/01/2018 CAMPO MAIOR/PI**

Data e local do exame: **11/06/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

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

**TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL E AFUNDAMENTO DE OSSO FRONTAL.
FRATURA EXPOSTA DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA E FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.**

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

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA. TRATAMENTO CONSERVADOR DO CRANIO.
REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. ESTA DE ALTA MEDICA.**

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

**COM QUEIXAS SUBJETIVAS DO CRANIO.
CONGELAMENTO COM DEFORMIDADE DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.**

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

SIM NÃO

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

SIM NÃO

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

SEM SEQUELA NEUROLÓGICA E SEQUELA FUNCIONAL ACENTUADA DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vítima em tratamento

Sem sequela 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

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

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela): **V DEDO DA MÃO DIREITA**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela): **IV DEDO DA MÃO DIREITA**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

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

APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

Médico Perito: ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO CRM:3165/PI


ISMAR MARQUES FILHO
MÉDICO
CRM:3165/PI

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180212894

Vitima: ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180212894**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Navegador PJe - CNJ ▾ PJe PJe Bem vindo ao PJe · Pr... Consulta processos · ... 0800025-60.2019.8.18... + - □ X

CNJ AC AL AM AP BA CE DF ES GO MA MG MS MT PA PB PE PI PR RJ RN RO RR RS SC >

PJe ProOrd 0800025-60.2019.8.18.0026

ELIELTA OLIVEIRA DOS SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS D...

5356597 - Petição (2602752 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/06/2019 15:38:49

13 Jun 2019

JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO

5356593 - Petição

5356597 - Petição (2602752 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01)

5356600 - Documentos (Anexo 01)

15:38

31 May 2019

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

5226946 - CONTESTAÇÃO

5226950 - CONTESTAÇÃO (2602752 CONTESTACAO 01)

5226953 -

15 de 13

Zoom automático

JOÃO BARBOSA ADVOCADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPO MAIOR/PI

Processo: 08000256020198180026

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da

PT 15:39 13/06/2019

Windows Internet Explorer Firefox Google Chrome PJe