



Número: **0801417-67.2020.8.15.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Grande**

Última distribuição : **25/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RENATO DO NASCIMENTO SILVA (AUTOR)	JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30960 482	25/05/2020 16:21	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
30960 485	25/05/2020 16:21	<u>01 Petição Inicial</u>	Documento de Comprovação
30960 486	25/05/2020 16:21	<u>02 Procuração, Documentos Pessoais, Comprovante de Residencia</u>	Documento de Comprovação
30960 487	25/05/2020 16:21	<u>03 Prédio Requerimento Administrativo</u>	Documento de Comprovação
30960 488	25/05/2020 16:21	<u>04 Cópia do Requerimento Administrativo</u>	Documento de Comprovação
30960 489	25/05/2020 16:21	<u>05 Requerimento Administrativo</u>	Documento de Comprovação
30960 490	25/05/2020 16:21	<u>06 Laudo Médico</u>	Documento de Comprovação
30960 492	25/05/2020 16:21	<u>07 Ultrassonografia do Abdomem</u>	Documento de Comprovação
30960 799	25/05/2020 16:21	<u>08 Guia de Custas</u>	Documento de Comprovação
31198 906	02/06/2020 13:14	<u>Decisão</u>	Decisão
31783 732	24/06/2020 23:29	<u>Expediente</u>	Expediente

SEGUE PETIÇÃO INICIAL



Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 25/05/2020 16:20:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052516204959700000029720825>
Número do documento: 20052516204959700000029720825

Num. 30960482 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUÍZ DE DIREITO DA COMARCA DE ALAGOA
GRANDE - PARAÍBA.**

RENATO DO NASCIMENTO SILVA, brasileiro, comerciante, portador do RG nº 2.408.820 SSP/PB e CPF nº 062.605.174-67, residente na Rua Cel. Francisco Honório, nº 227, Juarez Távora (PB), por seus advogados, adiante assinados, constituídos por instrumento procuratório anexo, com endereço profissional à Rua Dom Pedro II, n. 100, centro, Alagoa Grande (PB); vem perante Vossa Excelência, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT,

em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT**, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, nº 74, 5.º andar, Centro, Rio de Janeiro (RJ) – CEP 20.031-205, pelos motivos que passa a expor:

1. DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente, afirma o Autor, sob as penas e na forma da Lei nº 1.060/50 e art. 98 do CPC, que é economicamente hipossuficiente, sendo, portanto, titular do direito público subjetivo à assistência integral e gratuita.

Assim, em sintonia com o preceituado no art. 5.º, LXXIV, da CF/88, **requer a concessão da assistência judiciária gratuita**, uma vez que não possui condições de arcar com os custos do processo sem que seja prejudicado o sustento próprio e o de sua família.



2. DOS FATOS

Em **13.09.2019**, por volta das 15h30m horas o Autor seguia para o Sítio Caixeiro na zona rural da cidade de Juarez Távora ,momento em que foi vítima de acidente automobilístico, conforme descrito no Boletim de Acidente de Trânsito anexo.

Após ser socorrido por um popular até um posto de saúde da cidade de Juarez Távora, o Autor foi encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga , na cidade de Campina Grande (PB), onde, após a constatação de **lesão no F. Corto- contuso**, decorrentes do acidente, foi realizada cirurgia no membro fraturado, conforme farta documentação em anexo.

Ocorre que, mesmo após a cirurgia, o Autor sofre com a falta de mobilidade no membro cirurgiado, que se enquadra nas exigências legais do seguro obrigatório DPVAT.

Desta forma, o Autor requereu administrativamente o pagamento do seguro obrigatório, no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Neste sentido, em decorrência do acidente ora sofrido, culminando com as lesões supracitadas, o Autor busca a tutela jurisdicional do estado para fazer valer o seu direito.

3. DO DIREITO

Salienta-se que o direito do Autor consiste no recebimento de indenização coberta pelo seguro obrigatório de DPVAT, uma vez que resta comprovado, pela farta documentação anexa, o nexo causal entre o acidente e as lesões sofridas pelo Autor.



Assim asseveram os arts. 2.º e 3.º da Lei 6.194/74, com redação dada pela Lei 11.945/2009:

Art . 2º - Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, a alínea I nestes termos:

"Art. 20

I) - Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não."

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

Denota-se legítimo o dever da Ré em efetuar o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, ora pleiteada, visto que a mesma pertence ao rol de seguradoras que compõem atualmente o Consórcio referente ao Convênio DPVAT.

Assim, resta claro que o Autor deve ser indenizado pelo seguro, como medida de direito.

3. DO PEDIDO

DIANTE DO EXPOSTO, requer a Vossa Excelência:

- A designação de perícia no Autor para, assim, classificar o nível da lesão sofrida pelo mesmo.
- O acolhimento *in totum* da presente ação, e, consequentemente, a condenação da Demandada ao **pagamento ao Autor de indenização no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, devidamente acrescidos de juros e correção monetária desde a data do sinistro, referente ao valor pago pela ré e o efetivamente devido.



- A condenação da empresa Demandada ao pagamento de honorários advocatícios no patamar de 20% (vinte por cento) sobre o valor da causa (art. 84 e seguintes, do CPC);
- Os benefícios da justiça gratuita, por não dispor o Autor de condições suficientes a custear a presente demanda, sem causar prejuízo a seu sustento próprio, conforme declaração firmada de próprio punho;
- Por fim, a citação da Demandada, na pessoa de seu representante legal, no endereço anteriormente mencionado, para, querendo, no prazo legal contestar a presente, sob pena revelia.

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas admitidas em direito, em especial a documental e pericial.

Dá-se à presente o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), para fins fiscais.

Pede deferimento.

Nestes Termos,
Pede e Espera Deferimento.

Alagoa Grande, 25 de maio de 2020.

Caio Cássio Muniz
ADVOGADO
OAB/PB 18.284

Júlio César Muniz
ADVOGADO
OAB/PB 12.326





Marcus Vinícius Muniz

ADVOGADO
OAB/PB 20.628

📞 83. 3273-2455/83. 99118-6844 📩 wm.advogados@outlook.com 📍 Rua Dom Pedro II, 100, Centro - Alagoa Grande/PB - CEP: 58388-000



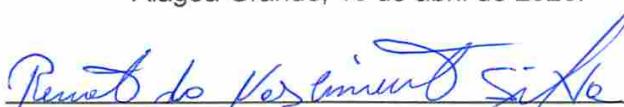
Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 25/05/2020 16:20:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052516204971400000029720827>
Número do documento: 20052516204971400000029720827

Num. 30960485 - Pág. 5

PROCURAÇÃO PARA FÔRUM EM GERAL

RENATO DO NASCIMENTO SILVA, brasileiro, comerciante, portador do RG 2.408.820 SSP/PB e CPF 062.605.174-67, residente na Rua Cel. Francisco Honório, n.^o 227, Juarez Távora (PB), pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seus bastante Procuradores e Advogados, os Beis. JÚLIO CÉSAR DE OLIVEIRA MUNIZ, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o n.^o 12.326, CAIO CÁSSIO DE OLIVEIRA MUNIZ, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o n.^o 18.284, MARCUS VINÍCIUS DE OLIVEIRA MUNIZ, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o n.^o 20.628, todos com endereço profissional na Rua Dom Pedro II, n.^o 100, na cidade de Alagoa Grande (PB); aos quais confere poderes para o fôrume em geral, nos termos do artigo 105 do Código de Processo Civil, representando-o perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartições públicas, federais, estaduais e municipais, conjunta ou separadamente, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes e para fins especiais de: **PROPOR EM FAVOR DO OUTORGANTE AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.**

Alagoa Grande, 16 de abril de 2020.



Renato do Nascimento Silva
OUTORGANTE

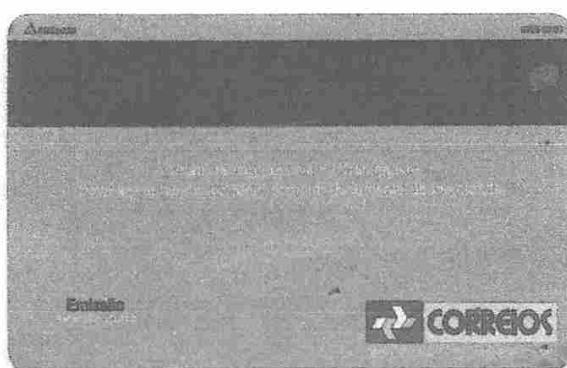
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

O outorgante **DECLARA** nos precisos termos do art. 1.^º da Lei 7.115/83 (prova documental), perante o Juízo desta Comarca, na forma da Lei 1.060/50, que não pode o pagar custas processuais, sem causar como consequência prejuízo ao sustento próprio e de sua família.

Declara ainda, ser conhecedor das sanções cíveis, administrativas e criminais (art. 2.^º da declinada lei), caso o presente documento não porte a verdade.



REGISTRO GERAL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
		DATA DE EXPEDIÇÃO 20 MAR. 1997
NOME RENATO DO NASCIMENTO SILVA		
FILIAÇÃO	Pedro Rodrigues da Silva Maria José de Nascimento Silva	
	CAMPINA GRANDE-PB	19-02-1979 DATA DE NASCIMENTO
NATURALIDADE	Cert. Nasc. 1322-Fis. 267-Liv. 2-A Cart. de Juarez Tavora-PB	
DOC. ORIGEM		
CPF		
Assinatura do Detentor		
LEI N° 7.116 DE 29/06/83		
CARTEIRA DE IDENTIDADE		



Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 25/05/2020 16:20:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052516204988000000029720828>
 Número do documento: 20052516204988000000029720828

Num. 30960486 - Pág. 2

- PB
CNPJ....: 34028316664300 Ins Est.: 160745500
COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOL SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 62267655
Contrato...: 9912200636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao..: 62267655

Movimento..: 06/12/2019 Hora.....: 09:55:31
Caixa.....: 94546271 Matricula..: 89299884
Lancamento.: 013 Atendimento: 00004
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1746673858

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURO DPVAT ATÉ 30	1	24,78+
Valor do Porte(R\$)...		24,78
Peso real (G).....:		95
Peso Tarifado:.....:		0,095
CNPJ/CPF Remet.: 06260517467		
Nome Remetente.: RENATO DO NASCIMENTO SILVA		
Cont. Nome.....:		
Endereco Remet.: RUA CORONEL FRANCISCO HONORIO		
Cont Endereco.: RIO.227 - CENTRO		
Cep Remetente...: 58388-000		
Cidade Remet...: JUAREZ TAVORA		
UF Remet.....: PB		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	30,43+
Valor do Porte(R\$)...		30,43
Cep Destino: 20011-904 (RJ)		
Peso real (G).....:		95
Peso Tarifado:.....:		0,095
OBJETO		► RJ499412031BR

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 55,21

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATARAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:
Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6553/78

Ganhe tempo!
Baixe o APP de Pre-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
deste comprovante, para eventual contato com
os Correios.

VIA-CLIENTE SARA 7.9.02





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3190701841** 3 - CPF da vítima: **062.605.174-67** 4 - Nome completo da vítima: **RENATO DONASCIMENTO SILVA**

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

5 - Nome completo: RENATO DO NASCIMENTO SILVA		6 - CPF: 062.605.174-67
7 - Profissão: AGRICULTOR	8 - Endereço: RUA CEL FRANCISCO HONORIO	9 - Número: 227
11 - Bairro: CENTRO	12 - Cidade: JUAREZ TAVORA	13 - Estado: PARAIBA
14 - CEP: 58.387-000		15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): (83) 988289027		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: BRADESCO AGÊNCIA: 5770 CONTA: 0631070 Dígito: 2 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

<input type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. 		
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.		
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.		

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (veja nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1 ^a Nome: Renato Barbosa de Maio CPF: 075.123.004-92 Renato Barbosa de Maio Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2 ^a Nome: José Mauricio da Silva CPF: 616.378.154-68 José Mauricio da Silva Assinatura da testemunha	
	40 - Local e Data: JUAREZ TAVORA, 06/12/2019		

TESTEMUNHAS





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 097/2019

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO (DPVAT)

LOCAL: Sítio Caixeiro, zona rural de Juarez Távora-PB.

DATA E HORÁRIO DO FATO: 03/09/2019 ás 15:30. h Aproximadamente.



NOTICIANTE: RENATO DO NASCIMENTO SILVA; ALCUNHA; RENATO. sexo: MASCULINO; nacionalidade Brasileira; naturalidade:Campina Grande-PB; estado civil: solteiro; escolaridade: médio incompleto; ocupação: comerciante; filiação: Pedro Rodrigues da Silva e Maria Jose do Nascimento Silva; data de nascimento: 19/02/1979; idade: 40 anos; Doc. Identificação: RG nº 2.408.820-SSP/PB; CPF.062.605.174-67 Telefone para contato: (83) 9.88289027; endereço residencial: rua Cel. Francisco Honório nº 227 ,centro, de Juarez Távora /PB

VÍTIMA: o noticiante.

TESTEMUNHAS: *****

NOTICIADO: *****

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: QUE; o noticiante no dia 03.09.2019 por volta das 15:30h.,seguia pra o sítio Caixeiro na zona rural deste município .QUE; surgiu uma outra moto em sua direção colidindo com o noticiante e caiu da motocicleta de Placa:MNT-.8892-PB-HONDA-CG-125- FAN-Ano e Modelo 2008 de Cor Preta,de Categoria Particular e Chassi.9C2JC30708R530670. QUE, foi socorrido por um popular até o posto de saúde da Prefeitura nesta cidade e depois removido para o Hospital de Trauma de Campina Grande-PB.QUE, na queda fraturou o tornozelo esquerdo .QUE; o noticiante apresentou o atendimento medico com o Prontuário Nº. 1983035.QUE; na hora do acidente o Sr.JOSE DE ASSIS DOS SANTOS SILVA .RG.3.537.775-SSP/PB e CPF.088.953.854-97,seguia com o noticiante e nada sofreu. Nada mais havendo a tratar, e advertido das implicações do art. 299 do CPB, encerro o presente registro de ocorrência, que vai devidamente assinado.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Registrado o BO e entregue uma via ao noticiante.

Juarez Távora, 04 de novembro de 2019


ASSINATURA NOTICIANTE


Antônio de Pádua de Lima Souza
Mat. 87.552-0
Policial Civil

Rua Edgar Nóbrega, nº. 119, Bairro Centro, Alagoa Grande - PB. CEP 58.380-000. Fone: (83) 3273-2160.





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

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190701841 **Vítima: RENATO DO NASCIMENTO SILVA**

Data do Acidente: 03/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15275082

Pag. 00905/00906 - carta_01 - INVALIDEZ



00010453





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1586 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190701841

Vítima: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 03/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 03/09/2019, emitida pelo Dr. ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES, CRM nº 4770 - PB, da Instituição HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0000700009 - carta_31 - INVALIDEZ



Carta nº 15618366



03/09/2019

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 07



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1983035 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 03/09/2019

PACIENTE: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Endereço: CORONEL FRANCISCO HONORIO

Sexo:M

Nascimento: 19/02/1979

Telefone:

Bairro: CENTRO

RG:

Nº:257

Nome da Mãe:

CPF:

Profissão:

CNS:190279

Data de Atend:

03/09/2019

CONVÉNIO:SUS

Hora: 16:33:49

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1 Abrasão

2 Amputação

3 Avulsão

4 Contusão

5 Crepitácia

6 Dor

7 Edema

8 Empinamento

9 Enfisema subcutâneo

10 Engavetamento

11 Equimose

12 Fenda branca

13 F. Arma de fogo

14 F. Contusão

15 F. Contusão

16 F. Contuso-contusão

17 F. Perfurador

18 F. Perfurador-contusão

19 Fratura óssea fechada

20 Fratura óssea aberta

21 Hematoma

22 Infiltrado venoso

23 Laceração

24 Lesão tendinosa

25 Luxação

26 Mordedura

27 Movimento traumático parcial

28 Objeto Engraxatado

29 Outras

30 Parafuso

31 Parestesia

32 Parestesia Ag. difusa e ab.

33 Quimiotrauma

34 Rincraga

35 Síndrome de Isquemia

36

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

Renato

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

03/09/19

<

03/09/2019



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAJUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 584432-809

Data: 03/09/2019

Paciente: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Data: 03/09/2019

Idade: 040

Data: 03/09/2019

Nº ATEND: 1983035

Data: 03/09/2019

ACIDENTE DE TRABALHO : NÃO

Data: 03/09/2019 HORA : 16:34:57

ESPECIALIDADE : CIRURGIA,

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO

DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

ALERGIAS :

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL :

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO

() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO

() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA

() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL

() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL

() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILLOS () TOSSE

ESCALA DE DOR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

	HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA
0							DO ENFERMEIRO/COREN
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Terezinha Duarte
ENFERMEIRA
COREN
PB 237.587

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO

DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA

() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL

() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL

() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () TOSSE

ESCALA DE DOR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :

VERMELHO

ESCALA DE DOR:



10.1.148/projetohtcg/impreclassi.php?contar=1983035&dataatend=2019-05-03&horatend=16:34:57





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

PACIENTE:	RENATO DO NASCIMENTO SILVA
DATA DO EXAME:	03/09/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4.0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.

Presença de nódulo sólido hepático, sugestivo de Hemangioma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ovas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dra Ina Rossana L. Amorim

CRM 4386



 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via da parte)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 003.0.20.01766/01
	Alagoa Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 25/05/2020
Número da guia: 003.2020.601766 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/05/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.035,60 Promovente: Renato do Nascimento Silva - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 51,78
			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.251,45
			Desconto total: R\$ 0,00
 866800000121 514509283180 520200531009 302001766013			Valor final: R\$ 1.251,45

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do processo)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 003.0.20.01766/01
	Alagoa Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 25/05/2020
Número da guia: 003.2020.601766 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/05/2020
Promovente: Renato do Nascimento Silva Promovido: Seguradora Líder dos Consórcios - DPVAT			UFR vigente: R\$ 51,78
Detalhamento: - Despesas processuais postais: - Cartas			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.251,45
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.251,45

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do banco)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 003.0.20.01766/01
	Alagoa Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 25/05/2020
Número da guia: 003.2020.601766 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/05/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.035,60 Promovente: Renato do Nascimento Silva - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 51,78
			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.251,45
			Desconto total: R\$ 0,00
 866800000121 514509283180 520200531009 302001766013			Valor final: R\$ 1.251,45





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 003.2020.601766

Data Vencimento: 31/05/2020

Data Emissão: 25/05/2020

Comarca: Alagoa Grande

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: Renato do Nascimento Silva

Promovido: Seguradora Líder dos Consórcios - DPVAT

Valor da Causa: R\$ 13.500,00

Despesas Processuais: R\$ 12,00

Custas: R\$ 1.035,60

Taxa: R\$ 202,50

Total da Guia: R\$ 1.250,10

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: JULIO CESAR DE OLIVEIRA MUNIZ - 25/05/2020 16:20:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052516205192400000029720841>
Número do documento: 20052516205192400000029720841

Num. 30960799 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Alagoa Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801417-67.2020.8.15.0031

DECISÃO

Vistos, etc.

Defiro a parte autora o pedido de justiça gratuita (art. 98 do CPC).

No mais, cumprimento ao Ato Normativo Conjunto n. 007/2020/TJPB/MPPB/DPE-PB/OAB-PB, o qual dispõe sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo novo Coronavírus (COVID-19), ficam suspensas a realização de audiências presenciais.

Assim sendo, intime-se o demandado para apresentar, no prazo de 15 (quinze) dias, contestação, informando, na referida peça processual, acerca da possibilidade de acordo.

Dil. Nec.

ALAGOA GRANDE-PB, 02 de junho de 2020.

José Jackson Guimarães
Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: JOSE JACKSON GUIMARAES - 02/06/2020 13:14:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060213144667300000029938576>
Número do documento: 20060213144667300000029938576

Num. 31198906 - Pág. 1



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
VARA ÚNICA DA COMARCA DE ALAGOA GRANDE

0801417-67.2020.8.15.0031

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

EXPEDIENTE DE CITAÇÃO

Fica a parte promovida, através de seu Procurador Geral, devidamente citado para apresentação de contestação, no prazo de 15 dias. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

Informar, na referida peça processual, acerca da possibilidade de acordo.

Alagoa Grande-PB, 24 de junho de 2020

MARIANNA MONTENEGRO TEOTONIO

Técnico(a) Judiciário(a)

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	2005251620495970000002972
01 Petição Inicial	Documento de Comprovação	2005251620497140000002972
02 Procuração, Documentos Pessoais, Comprovante de Residencia	Documento de Comprovação	2005251620498800000002972
03 Prévio Requerimento Administrativo	Documento de Comprovação	2005251620505100000002972
04 Cópia do Requerimento Administrativo	Documento de Comprovação	2005251620507310000002972
05 Requerimento Administrativo	Documento de Comprovação	2005251620510270000002972
06 Laudo Médico	Documento de Comprovação	2005251620512460000002972
07 Ultrassonografia do Abdomem	Documento de Comprovação	2005251620516110000002972
08 Guia de Custas	Documento de Comprovação	2005251620519240000002972
Decisão	Decisão	2006021314466730000002993



Assinado eletronicamente por: MARIANNA MONTENEGRO TEOTONIO - 24/06/2020 23:29:42
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062423294156600000030474322](https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062423294156600000030474322)
Número do documento: 20062423294156600000030474322

Num. 31783732 - Pág. 1