



Número: **0800361-89.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **13/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO (AUTOR)		EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40496149	11/03/2021 11:04	Petição	Petição
40496151	11/03/2021 11:04	2747649_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
40496152	11/03/2021 11:04	2747649_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669575

Vítima: ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO

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, contatos 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,

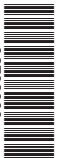
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15184747

Pag. 00499/00500 - carta_01 - INVALIDEZ

00030250





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, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669575

Vítima: ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00257/00258 - carta_11 - INVALIDEZ

00070129



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: 0426777/139 3 - CPF da vítima: 044.651.714-39 4 - Nome completo da vítima: ADIUCIA LOPES DE FIGUEIRO

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

5 - Nome completo: ADIUCIA LOPES DE FIGUEIRO 6 - CPF: 044.651.714-39
7 - Profissão: Rua Profª MARIA HELENA MENDES 9 - Número: 139 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MALVINAS 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARNÁ 14 - CEP: 58.400.000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0493 6 CONTA: 1016142 8 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascituro)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina Grande PB 02.12.2019

X ADIUCIA LOPES DE FIGUEIRO
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº12561.01.2019.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 15/10/2019

Hora: 18:30:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Cruzamento da Rua Nilo Pecana Com a Rua Jose de Alencar, Prata, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Rua

PARTE(S)

VITIMA	Nome: Adiuca Lopes de Figueiredo
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Agripina Correia de Araujo e Aderaldo Lopes de Figueiredo
	Idade: 37 Data de Nascimento: 15/03/1982 Identidade de Gênero: feminino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: solteiro(a)
	Escolaridade: Ensino médio completo Profissão: Técnica Em Enfermagem
	Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
	Documentos(s) de Identificação: RG nº 2664824 SSP/PB, CPF nº 044.651.714-39
	Endereço: Rua Professora Maria Helena de Menezes, 139, Bodocongó Iii, Campina Grande, PB
TESTEMUNHA	Complemento: Não informado
	Ponto de referência: Próx Ao Campo Real Campina
	Telefone: (83) 98202-8376
	Nome: Erlon Marton Farias Barbosa
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Luciene de Oliveira Farias e Jose Maria Cordeiro Barbosa
	Idade: 44 Data de Nascimento: 03/03/1975 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Ensino fundamental incompleto Profissão: Motorista
	Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 983.412.274-87
	Endereço: Rua Joana Maria da Conceição, 30 A, Malvinas, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Ponto de referência: Iml
	Telefone: (83) 98839-0570

Procedimento Policial: 12561.01.2019.2.00.401





TESTEMUNHA

Nome: Maria Renilda Matias Delmondes
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Lucinda Leal e José Matias Delmondes
Idade: 49 **Data de Nascimento:** 21/07/1970 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Trindade
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Ensino médio completo **Profissão:** Manicure
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 864.423.764-00
Endereço: Rua Joana Maria da Conceição, 30 A, Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Casa
Ponto de referência: Iml
Telefone: (83) 98839-0570

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca HONDA/BIZ 125 ES, modelo HONDA/BIZ 125 ES, tipo de veículo PASSEIO, cor PRETA, ano 2009, UF: PB, placa MOA-4281, chassi 9C2JC4220AR128206, renavam 00192363964, características gerais: Nome Proprietário aduicia Lopes de Figueiredo

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE

Exame de Lesão Corporal Nº 312.2019
(1) Aduicia Lopes de Figueiredo (VITIMA)

HISTÓRICO

Que a vítima, na data, horário e local, já citados acima; Que a vítima, estava a conduzir a moto descrita acima; Que a vítima não viu a placa de PARE, e a mesma pensando que estava na preferencial da via; Que com esta atitude ao chegar no cruzamento, a vítima foi abarroadada por veículo que a mesma não sabe nenhum dado do mesmo; Que com a colisão do veículo na moto da vítima; Que a vítima foi lançada ao solo e posteriormente socorrida pelo CORPO DE BOMBEIRO PB, conforme documentação em anexo; Que o CORPO DE BOMBEIROS PB, socorreu a vítima para o Hospital de Trauma de Campina Grande PB; Que a vítima neste hospital foi diagnosticada com fratura de tornozelo; Que neste hospital a vítima passou por processo cirúrgico.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande -
Setor de Boletim de Ocorrência



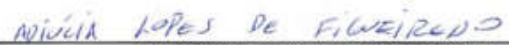
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



Campina Grande/PB, 07 de novembro de 2019.



GILSON DE JESUS TELES
Delegado(a) de Polícia Civil



ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO
Noticiante



JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA
Agente de Investigação

Procedimento Policial: 12561.01.2019.2.00.401

3/3



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: 0426777/139 3 - CPF da vítima: 044.651.714-39 4 - Nome completo da vítima: ADILCIA LOPES DE FIGUEIRODO

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

5 - Nome completo: ADILCIA LOPES DE FIGUEIRODO 6 - CPF: 044.651.714-39
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Prof. MARIA HELENA MENDES 9 - Número: 139 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MALVINAS 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.400.000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0493 6 CONTA: 1016142 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____ PB 02.12.2019

X ADILCIA LOPES DE FIGUEIRODO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



ADERALDO LOPES DE FIGUEIREDO
RUA PROFª MARIA HELENA DE MENEZES, 129/
CAMPINA GRANDE, PB CEP: 59400-000 (AG 401)

Ligação MONOFÁSICA
Classe RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rotômetro 11-401-870-2425 Referência Out / 2019
Medidor C1103222030 Emissão 18/10/2019

MALVIMAS

energisa

ENERGISA NORDEONTE - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Des. Raimundo Adrya, 4790 - BR230 - KM 150 - Três milas
Campina Grande / PB - CEP 59421-720

CPF/CNPJ 026.5960001-05 Ins. Est. 18.000-03-1
Nota Fiscal/Conta de Energia N004.903.207
Cód. para Deb. Automático: 0000004227-8

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2019	18/10/2019	19/11/2019	136.001.844-15 Inst. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/84227-8

Canal de contato
Conecte a Dado, nossa atendimento virtual do Whatsapp?
Ela pode te ajudar com informações sobre débitos,
enviar a seguir da via da conta de energia e até fazer pedido
de ligação. Salve nosso número e
nos chama sempre que precisar. (53) 28125-5540

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
18/09/19	34797	18/10/19	34971	28

CC - Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base	Categoria	Valor	Base	Categoria	Valor
0001 Consumo em kWh	174.000	0,758190	131,92	131,92	27	35,82	131,92	143	0,39
0001 A.S.C. B. Verificação			2,94	2,94	27	1,05	2,94	0,04	0,12
0001 A.S.C. B. Anualidade			2,42	2,42	27	0,55	2,42	0,02	0,12
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0001 CONTRIB. IM. PÚBLICA			18,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,30
0004 JUROS DE MORA 09/2019			0,32	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,30
0003 MULTA 09/2019			2,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,30
0001 REST. BANC. ANUAL RESIDENCIAL 08/2019			-1,36	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,30
TOTAL			157,18	134,26		37,33	134,26	143	0,39
CC - Código de Verificação do item			0,007330						
Tarifa de Tributos									

Média últimos meses (kWh) 162

VENCIMENTO 06/11/2019

TOTAL A PAGAR R\$ 157,18

Histórico de Consumo (kWh)

134	135	141	142	142	150	153	157	154	145	142	136
Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19

RESERVADO AO FISCO
5f8b.3471.c8d2.0b65.198e.e82f.0e3c.e6e7.

Indicadores de Qualidade			
N/2019 - RESIDENCIAL			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DISJUNTOR	5,55	1,00	N. LINAL
DISJUNTOR	22,21	1,00	CONTRATADA
DISJUNTOR	8,30	1,00	LIMITE INFERIOR
DISJUNTOR	8,30	1,00	LIMITE SUPERIOR
DISJUNTOR	12,20	1,00	
DISJUNTOR	8,20		
DISJUNTOR	12,22		

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Prof. da Empresa (R\$)	12,97	10,38
Consumo de Energia	60,39	21,39
Serviços de Transmissão	6,12	3,89
Serviços de Distribuição	6,51	4,14
Impostos Diretos e Encargos	64,35	41,20
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	157,41	100,00

Atenção

Faturas em atraso



15/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2016039

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: 15/10/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: ADILCIA LOPES DE
FIGUEIREDO *37 ANOS* C GDE

Endereço:

CEP:

Nascimento: 31/12/1969

Sexo:

Telefone: 1510311932

Cidade:

Idade: 02019

Bairro:

Nome da Mãe: Agripina Correia

RG:

Nº: 0

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de

CNS:

Atend: 15/10/2019

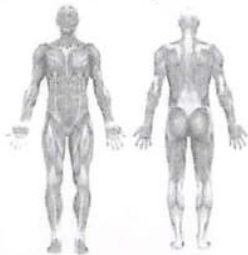
CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrisão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Coritudo
15. F. Cortante
16. F. Certo-cortuso
17. F. Perfuro-cortuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otiorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Paratendão
33. Queimadura
34. Rincorrágia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

paciente trazida pelo SAM, mobilizada, adequada, sem
sinais de fratura por colisão moto-carro. Trauma de 1º.º
grau de contato, não foi detectado. Apresenta-se com dor cervical
+ dor em ombro a direita, intensa + escorregadia em mobil.
Ao exame: BVA positiva + color cervical + dor cervical a mobilização
+ BVA positiva, pérgnola. M. B. AIT 5/11

ALERGIA:

Nega. O BVA profundo, 4/5, sargento visível, per. 27 BVA 5/9.

MEDICAMENTOS:

Nega. O BVA profundo, 4/5, sargento visível, per. 27 BVA 5/9.

PATOLOGIAS:

Nega. Não possui nenhuma doença (doença).

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotoreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: Sat02 95%

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias: Cervical

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR / às: 22h40min Dia: / /

Especialista: Ortopedia / às: 22h40min Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE

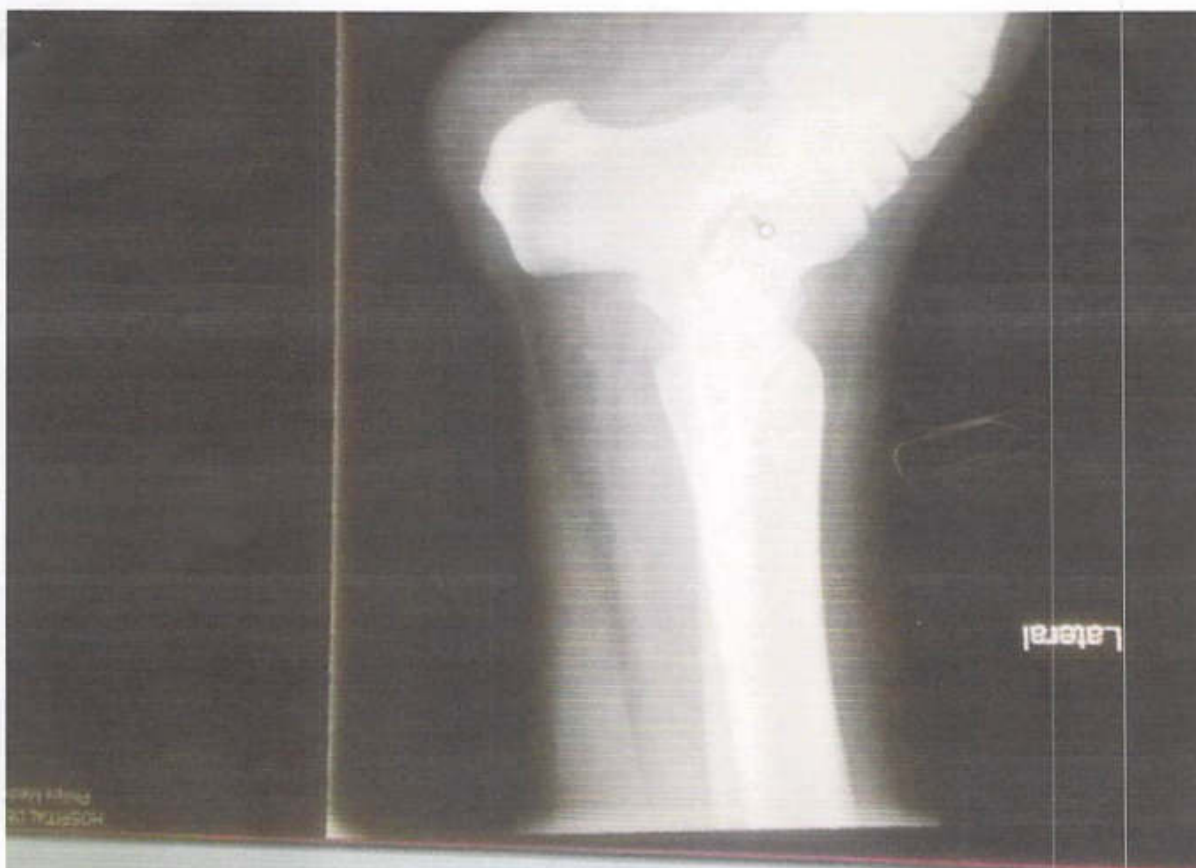
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

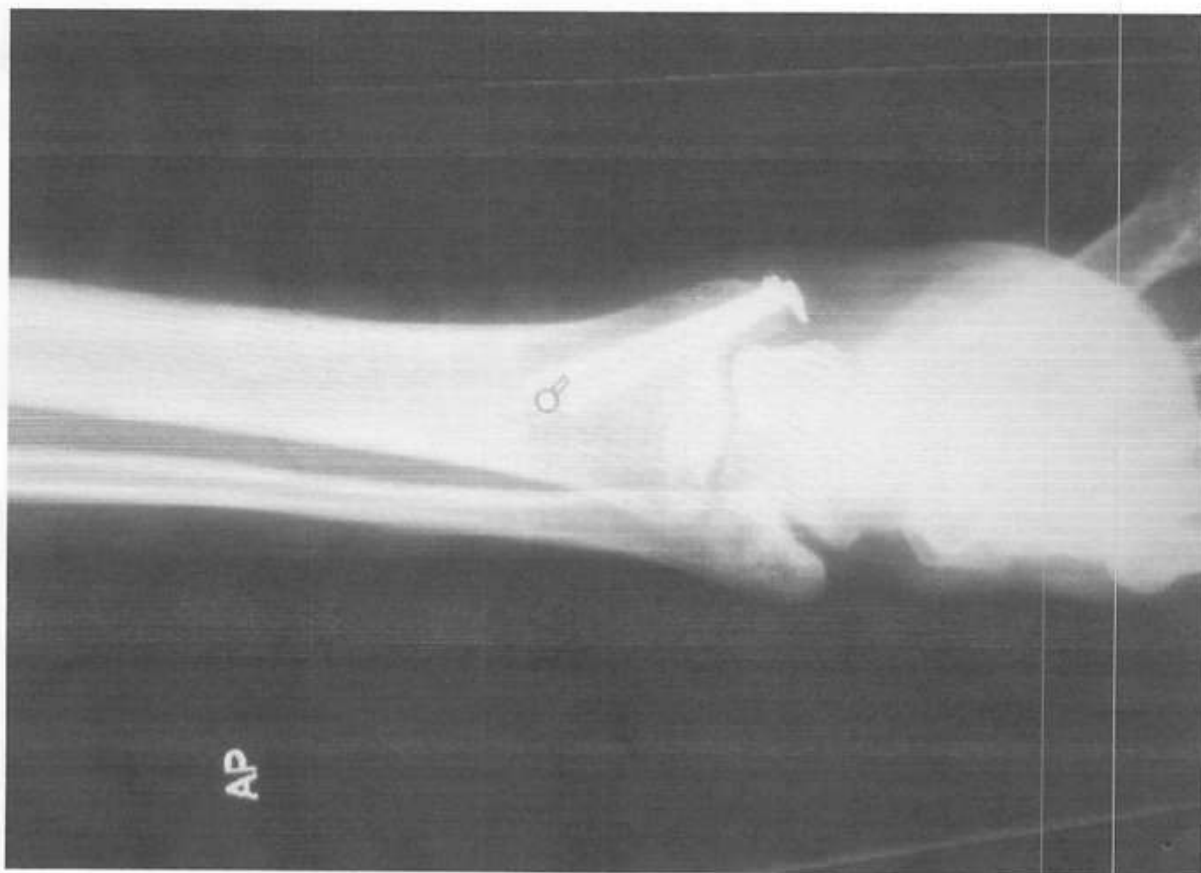
Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SA 001 500mg, EV, agora	
2	Dipirona 1g + 40, EV, agora	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X
REALIZADO EM:
15/10/19.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/03/2021 11:04:52
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031111045221200000038570895
Número do documento: 21031111045221200000038570895





15/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

15/10/19 = NOME
22h

Visão de lesão maxilar com
com capos / roga unguem alveolar
Sem sinais de alarme

Coloquei 15/10/19 em déficit focal

Recebi: Sem problemas ou dores

Cl: Alto do neurocrânio
Como color cervical e Pondo

Reavaliação Cirurgia Geral, 23/10/2019:

Paciente segue no leito, retirado color
cervical pelo NCR. Nega desconforto respira-
tório ou abdominal. Apresenta diminuição
na intensidade da cervicalgia + dor
em pé direito à mobilização.

À exame: ECR alerta e orientado, hidratado,
eupneico, acianótico, anictérico.

AR: MV @ AHT 5/RA // AC: RCR 2TBNF S/S

Abd: Flaco, depressível, indolor à palpação
profunda discretamente.

CD: Alta Cirurgia Geral
As unidades de Ortopedia.

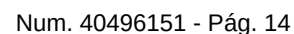
DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

() Centro cirúrgico / () Alta hospitalar / () A revela
() Internação (setor) / () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL / () Óbito

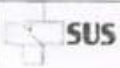
+ Maria Eduarda S. Gomes
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

HTCG-Painel Administrativo

Data da internação: 15/10/2019 Hora: 23:45:48

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE SEM DOCUMENTOS				2016154	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO 31/12/1969		9 - SEXO Masc ☐ Fem ☒	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD N° DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) , 0 .					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO 0	
		15 - UF		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO ADMITIDA COM DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE CIRURGIA					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS EXAME CLÍNICO + RADIOLOGICO					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA TORNOZELO DIREITO (MALEOLO MEDIAL)		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO U.P.		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	
				29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016002867673	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ANA MARIA DA SILVA ANSELMO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 15/10/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Dra. Ana Maria da Silva Anselmo MB Ortopedia e Traumatologia CRM 7825	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ÁREA AMARELA (BASEADOS NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Adivcia Lopes

IDADE: 37 anos

SEXO: F

ENF/LEITO: 5

DATA: 30/10/19

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Interações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM

() Tabagista () Etílica () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: (X) PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALIMENTAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO (X) AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: (X) REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: (X) LOCAL OBS.: MSD

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

DENTIÇÃO: (X) COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: (X) VO () SNG () SNE () OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: (X) ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM (X) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anatômica da ferida; Curativo em: _____



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE (X) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

HIGIENE BUCAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (X) ACAMADO () CADEIA DE RODAS

SONO/REPOUSO: (X) PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: Católica () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
10:00	100/80	36.6	93	—	—	—	—	—	—	<u>Adivcia</u>	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	





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
Boletim de Emergência (R.E) - Modelo 03

GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 22/10/2019

NOME: Crismarcos Rodrigues da Silva



GOVERNO
DA PARAÍBA

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ADIUCIA LOPES DE FIGUEREDO

Data da Internação: 15/10/2019

Data da Alta: 22/10/2019

Registro: 2016154

Tempo de Permanência: -18185

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Principais Exames: FRATURA TORNOZELO DIREITO

Data:

Equipe:

Cirurgião: DR. L. JUVENCIO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE MELHORADO, CONTINUA TRATAMENTO AMBULATORIAL

Medicações para Casa: ATB + AINH

Condições de Alta: Melhorado

Data: 22/10/2019

Assinatura/Carimbo

Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

RESPONSÁVEL: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)





● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.256.089/0001-79

0020

Instrumentadora(O): Lucy Circulante:

Dr. Everlan Meira
Ortopedia e Traumatologia
CRM - RJ 9900

Recife, 20 de 10 de 20 19

Circulante

Médico Responsável



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ÁREA AMARELA (BASEADOS NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Adilcia Lopes de Figueiredo

IDADE: _____ SEXO: Fem. ENF/LEITO: 5-1 DATA: 16/10/19

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? _____ Doença () HAS () DM

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicamentos em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: () CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: () ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

REACÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: () VO () SNG () SNE () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: () ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

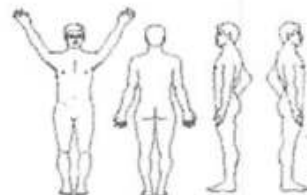
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anatômica da ferida; Curativo em: ____/____/____.



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
08h30	100x70	36°C	91	99-100							SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ÁREA AMARELA (BASEADOS NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Audícia Lopes de Figueiredo
 IDADE: 37 anos SEXO: Fem ENF/LEITO: 5 DATA: 18/10/19

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: __ Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Frc TNZ

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ☒ ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

PERCEPÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO ☒ AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ☒ REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: ☒ NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

DENTIÇÃO: ☒ COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: ☒ VO () SNG () SNE () OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ☒ NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ☒ ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: ☒ ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM ☒ NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anatômica da ferida; Curativo em: ____/____/____.

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE ☒ PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ☒ ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: ☒ PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA

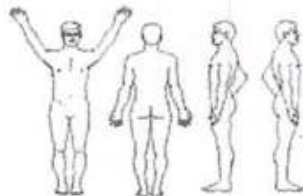
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
8:00	114x72	35,6	106	96	-	Exp	-	-	-	<u>RPA</u>	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



es

P = Área Vermelha / ortopedica

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

DNR
31/12/1969

PACIENTE:

Adinacio Lopes de Figueiredo

QI 00 LEITE Sala 3 CONVENIO SUS IDADE 37 anos REGISTRO 9016039

CIRURGIA Pequena cirurgia com fixação do MAFY. CIRURGIÃO Dr. Daltis guencio

ANESTESIA Raquia + Sedação ANESTESIA Dr. Patrícia

INSTRUMENTADORA goni DATA 20/10/19 INICIO 11:00 FIM 12:40

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gontaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calef. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	10	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimorf amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
01	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Morfinina 10ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	2.5	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml		Mononylon	
	Thionembital ml		Intracath Adulto	02	Mononylon	4520
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		SOROS	
04	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		SG Normotérmico fr 500 ml	p/ lavar a feridas
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		SG Gelada 500 ml	
01	Dipirona amp.	02	Luvas 7.0		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5		SG Ringr fr 500 ml	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		SG fr 500 ml	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	2.5	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml		Poliflix			
	Heparema ml		Poliflix			
	Kanaktion amp.		PVPi Tópico ml.			
	Lasix amp.	24	Sabão Antisséptico	01		
	Medrotrinazol.	01	Saco coletor			
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 10 ml			
	Prolamina	22	Seringa desc. 20 ml	01		
	Revivan amp.		Seringa desc. 05 ml	01		
	Stuplanon amp.		Sonda			
	Cefalotina 1g		Sonda Foley			
			Sonda Nasogátrica			
			Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		ORTESE E PRÓTESE	
02	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
02	Agulha desc. 28 x 28	02	Lata			
02	Agulha desc. 40 x 12		Lata			
02	Agulha p/ raque nº 21	05	Lata			
02	Alcool de Enfermagem		Lata			
02	Alcool Iodado ml		Lata			
03	Ataduras de Crepon	10 cm	Lata			
	Ataduras de Gessado	20 cm	Lata			
	Azul metileno amp.		Lata			
	Benzina ml		Lata			

CIRCULANTE RESPONSÁVEL Dylbelth
com 1206.551

MCD 006



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SALA 3

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Adriana Lopes de Figueiredo</u>			IDADE	SEXO	COR
DATA	20/01/19	PRESSÃO ARTERIAL	120/80	PULSO	73	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA
TIPO SANGÜÍNEO		HEMÁCIAS		HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO	GLICEMIA
		URINA				URÉIA	OUTROS
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA	
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO						AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL						ALERGIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						ESTADO FÍSICO	
ANESTESIAS ANTERIORES						RISCO	
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						EFEITO	
APLICADA						AS	
AGENTES ANESTÉSICOS						INDUÇÃO	
LÍQUIDOS						Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____	
CÓDIGOS						Laringo espasmo: _____ Lenta: _____	
VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO: O						Náuseas: _____ Vômitos: _____	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						Outros: _____	
POSICÃO						MANUTENÇÃO	
AGENTES						apagolona 1g - 20mg	
TÉCNICA						Diprivan 1g - 2g	
OPERAÇÃO						Naloxona 1mg - 2mg	
CIRURGIÕES						Ranitidina 50mg - 100mg	
ANESTESISTAS						Dexametasona 10mg - 8mg	
OBSERVAÇÕES						Fentanyl 100mcg - 20mcg	
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____	
PERDA SANGÜÍNEA						Não, por quê? _____	
FOLHA DE ANESTESIA - SRPB						DESPERTAR	
						Reflexos na SO: _____	
						Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____	
						Náuseas: _____ Vômitos: _____	
						Outros: _____	
						Com cânula: _____	
						Para o Leito: Sim _____ Não _____	
						CONDIÇÕES: _____	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/03/2021 11:04:52

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031111045221200000038570895

Número do documento: 21031111045221200000038570895

Num. 40496151 - Pág. 23



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Adriana Lopes de Figueiredo		Idade:	32 anos
Convênio:			Data:	20/10/19
Procedimento:	Redução cirúrgica de fratura do tornozelo Unipolateral "D"			
Cirurgião:	Dr. Genencio	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Poliana	
Início:		Término:	Anestesia: Rápida	

[illegible][illegible]

Observações:

Deixei o paciente a esmoada, movimentando voluntária
mente os 4 membros. Sem sinais vitais do S.E.P.S

(Assinatura)

Assinatura Anestesista

Circulante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ADILCIA LOPES DE FIGUEIREDO

DOC. EXIBIDAÇÃO / ORG. EMISSOR DE
2664824 SSOS PB

CPF
044.651.714-39

DATA NASCIMENTO
15/03/1982

ENDEREÇO
ADERALDO LOPES DE
FIGUEIREDO
AGRIPINA CORREIA DE
ARAÚJO

PERMISSÃO
ACC

CAT.VEIC.
A

Nº REGISTRO
06521418692

VALIDADE
28/02/2020

1ª HABILITAÇÃO
04/12/2015

OBSERVAÇÃO

Adilcia Lopes de Figueiredo
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
09/12/2016

Arvalde
ASSINATURA DO DETRAN

86051455160
PB033685770

DETRAN, PB (PARAÍBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1350669421

PROIBIDO PLASTIFICAR
1350669421



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015455972395
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0019236396-4 00/00000000 2019

ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO

CPF / CNPJ 04465171439 PLACA MOA4281/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2JC4220AR128206

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2010

CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 00/00/0000 1º VENC. / COTAS

FADA LPVA. 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 22/10/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE FORTIO OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL CAMPINA GRANDE-PB DATA 23/10/2019

33375 1431480

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015455972395 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 23/10/20

VIA 1 04465171439 PLACA MOA4281/PB

RENAVAM 00192363964 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2009 CAT. 9 Nº CHASSI 9C2JC4220AR128206

PRÊMIO TARIFÁRIO

PR (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO TOTAL A SER PAGADO PAGO

PAGAMENTO PAGA COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 22/10/201

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

1431480-1040580-20191023



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426777/19

Vítima: ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO

CPF: 044.651.714-39

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/10/2019

Titular do CPF: ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO : 044.651.714-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019
Nome: ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO
CPF: 044.651.714-39

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08003618920208150001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Entretanto, conforme apresentado na peça de bloqueio, não há que se falar em indenização a parte autora, haja vista que **pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro. Por este motivo, o pedido administrativo foi cancelado**, motivo pelo qual a seguradora não possui a obrigação de indenizar.

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

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



Informa a Seguradora Ré Exa., que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão de mora do pagamento do Seguro DPVAT. Veja, o vencimento para o pagamento do bilhete do Seguro Obrigatório se deu dia 29/03/2019, entretanto, a parte Autora somente procedeu com o pagamento no dia 25/10/2019, ou seja, inadimplente à data do alegado sinistro ocorrido no dia 15/10/2019, vejamos:

ACESSIBILIDADE

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas
- Documentos Invalidez Permanente
- Documentos Morte
- Dicas Indispensáveis

Sua busca por placa: MOA4281 UF: PB CATEGORIA: 09*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
☰	2019	R\$84,58	Quitado	

Data Pagamento	Valor Pago
25/10/2019	R\$84,58

+	2018	R\$185,50	Quitado	
+	2017	R\$185,50	Quitado	
+	2016	R\$292,01	Quitado	
+	2015	R\$292,01	Quitado	
+	2014	R\$292,01	Quitado	

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.



Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74^x, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

PELO EXPOSTO, A PARTE RÉ IMPUGNA O LAUDO PERICIAL PRODUZIDO, REQUERENDO QUE SEJA AFASTADA A CONCLUSÃO PERICIAL, DEVENDO SER LEVADO EM CONSIDERAÇÃO O CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS, BEM COMO, COM A CONSEQUENTE IMPROCEDÊNCIA DA PRESENTE AÇÃO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 9 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

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



SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/03/2021 11:04:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031111045312100000038570896>
Número do documento: 21031111045312100000038570896

Num. 40496152 - Pág. 4