



Número: **0852143-52.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.787,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MIGUEL SEVERINO FRANCISCO (AUTOR)		RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35851493	23/10/2020 18:01	Petição Inicial	Petição Inicial
35851496	23/10/2020 18:01	INICIAL MIGUEL SEVERINO FRANCISCO	Informações Prestadas
35851618	23/10/2020 18:01	PROCURACAO	Procuração
35851619	23/10/2020 18:01	DOCUMENTO DE IDENTIFICACAO E DOCUMENTO DO VEICULO	Documento de Identificação
35851621	23/10/2020 18:01	CTPS	Documento de Identificação
35851622	23/10/2020 18:01	COMPROVANTE DE RESIDENCIA	Documento de Comprovação
35851624	23/10/2020 18:01	BOLETIM DE OCORRENCIA	Documento de Comprovação
35851625	23/10/2020 18:01	REQUERIMENTO E PAGAMENTO ADM SEGURO DPVAT	Documento de Comprovação
35851626	23/10/2020 18:01	LAUDO MEDICO	Documento de Comprovação

documento em anexo



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA ____
VARA REGIONAL CÍVEL DE MANGABEIRA – PB**

MIGUEL SEVERINO FRANCISCO, brasileiro, casado, carpinteiro, inscrito no CPF/MF sob nº 080.205.874-46 e Registro Geral sob o nº 3.405.551 SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Angola, 180, Apto 101, Bairro das Indústrias, João Pessoa-PB, CEP: 58083-624, representado por seus advogados signatários, com escritório profissional na Rua João Teixeira de Carvalho, nº 275, Pedro Gondim, João Pessoa- PB, CEP 58031-220, endereço eletrônico: advocaciadornelas@gmail.com, renanpaivaadvocacia@gmail.com, e, vem mui respeitosamente perante Vossa Excelência, propor a presente:

ACÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT

em face **BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS S/A**, localizada na R. Josefa Taveira, 314, Mangabeira, João Pessoa - PB, 58055-000, inscrita no CNPJ N.º 33.055.146/0001-93, tendo em vista os fatos e os motivos a seguir delineados:

I. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:

A parte autora é hipossuficiente, aposentado, vive da renda que recebe da sua aposentadoria, assim, não dispõe de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem que com isso incorra em prejuízo ao seu sustento e ao de sua família.

Dessa forma, faz-se necessário conceder e desde já se requer, a concessão do benefício da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, com base no que vaticina a Lei nº 1.060/50, art. 98 e seguintes do **NCPC**, uma vez que o indeferimento de tal benefício impedirá a parte demandante de ter acesso à justiça. Para comprovação da situação narrada, junta-se aos autos para apreciação de Vossa Excelência, declaração feita pelo autor, afirmando-se, desde já, a veracidade do que fora subscrito.



II. DOS FATOS:

O Requerente sofreu acidente de trânsito no dia 11/04/2020, por volta das 04:00h, na Avenida Cidade de Cajazeiras, no bairro das Indústrias, na cidade de João Pessoa-PB, quando trafegava de Moto (marca HONDA, modelo CBX 250 TWISTER, cor vermelha, ano 2002/2003, de placa MOR-4160/PB, seguia normalmente na rua citada, quando ao passar em frente a Panificadora Paulista, perdeu o controle da moto ao passar no quebra molas, sendo arremessado para fora da pista, onde se machucou. Na ocasião o sinistrado foi socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena de João Pessoa apresentando **Fratura de Diáfise do Rádio Esquerdo + Luxação Radioulnar Distal de Punho Esquerdo + Fratura de Afundamento Craniano, (CID 10 S 52.3 + S 63.0 + S 02.9)**, passando por tratamento cirúrgico.

Mesmo realizando o tratamento, a parte Promovente ficou com debilidade permanente de natureza física, anda com dificuldade, com limitação de movimentos, diminuição da força muscular e dificuldade de erguer o membro afetado, sente fortes dores de cabeça e tortura devido a perda óssea no crânio.

De posse de toda documentação necessária para requerer indenização por invalidez referente ao seguro DPVAT, o autor requereu administrativamente (**Sinistro 3200252497**), vindo a **receber a quantia de R\$ 3.712,50 (três mil, setecentos e doze reais e cinquenta centavos)**.

Todavia, as sequelas suportadas pelo autor prejudicaram consideravelmente suas funções físicas, além de sentir dores intensas e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar o braço, pentear o cabelo, como também sente fortes dores de cabeça e tortura devido a perda óssea no crânio, praticar algum exercício físico, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas, além de estar desempregado, sendo certo que o autor faz jus a uma indenização complementar correspondente a diferença do valor recebido e o valor máximo indenizável, sendo necessário a realização de perícia médica para apuração do grau da invalidez.

Eis os fatos necessários.

III. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

O seguro obrigatório (DPVAT) tem por finalidade dar cobertura a danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

A Lei n.º 6194/74, que trata do Seguro Obrigatório, em seu artigo 3º elenca os danos pessoais cobertos pelo mesmo:



Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º1 compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

b) até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

Trilhando, ainda, por esta senda a Lei 6194/74, em seu artigo 5º, preceitua que a indenização será paga mediante a simples comprovação do acidente e do dano decorrente, senão, veja-se:

*“Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante **simples prova do acidente e do dano decorrente**, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”*

Há de se observar que esse artigo instituiu uma responsabilidade objetiva, adotando também a teoria do risco integral, aqui se deixa de imputar uma responsabilidade ao condutor do veículo e passa a imputar a sociedade como um seguro social, devido ao grande número de acidente deste gênero.

Por outro lado, urge destacar, que os requisitos (prova do acidente e do dano decorrente) para a indenização foram preenchidos, senão, observe-se:

1) **Prova do Acidente:** Laudo Médico fornecido pelo Hospital de Trauma da Capital e Boletim de Ocorrência fornecido pela Polícia Civil. (docs. anexos)

2) **Dano:** debilidade permanente de natureza física, além de sentir dores intensas e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar o braço, pentear o cabelo, como também sente fortes dores de cabeça e tortura devido a perda óssea no crânio praticar algum exercício físico, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas, além de estar desempregado e com dificuldade em erguer o membro.

3) **Nexo causal:** Se não tivesse ocorrido o acidente a parte Promovente não teria sofrido as lesões já relacionadas.

Neste viés, tem-se, ainda, o entendimento do Egrégio Tribunal do Rio Grande do Sul:

“Para a concessão da indenização do seguro DPVAT basta a simples prova da ocorrência do sinistro e do dano decorrente. O artigo 3º, letra “b” da Lei 6.194/74 estabelece o valor de 40 salários mínimos para indenização por invalidez permanente. (TJRS - AC 70010140473 -



Cachoeira do Sul - 5ª C.Cív. - Relª Desª Ana Maria Nedel Scalzilli - J. 07.07.2005).”

Outrossim, é forçoso concluir que a parte Promovente faz jus a indenização do seguro obrigatório.

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o autor com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

Súmula 474

“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez”

Para tanto, conforme tabela abaixo, faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de perícia médica a ser designada por Vossa Excelência.

ANEXO

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais	Percentual da Perda
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	100
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	100
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	100



Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentual da Perda
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores; Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	70
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar; Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão; Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentual da Perda
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

IV. DOS PEDIDOS:

ANTE O EXPOSTO, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente ação, bem assim a possibilidade jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da petição Inicial, previstos no artigo 319 do Código de Processo Civil, **REQUER**:

4.1. Nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, **os benefícios da assistência judiciária gratuita**;



4.2. Seja recebida a presente, autuada e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;

4.3. Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que em conjunto com os documentos carreados aos autos, se quantifique o real valor devido ao autor a título de indenização DPVAT;

4.4. Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:

- 4.4.1. Que se declare devida à parte autora o pagamento da **complementação de indenização** correspondente ao seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, menos o valor pago administrativamente, qual seja, **R\$ 3.712,50 (três mil, setecentos e doze reais e cinquenta centavos)**, totalizando assim, ao final, a importância de **R\$ 9.787,50 (nove mil e setecentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**;
- 4.4.2. Condenar a ré ao pagamento de complementação de indenização referente ao seguro DPVAT, com atualização monetária desde o evento danoso, no valor de **R\$ 11.812,50 (onze mil e oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**;
- 4.4.3. Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;

4.5. Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

Dá se a causa o valor de **R\$ 9.787,50 (nove mil e setecentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Termos em que,
Pede deferimento.
João Pessoa-PB, 16 de outubro de 2020.

RENAN DE CARVALHO PAIVA
OAB/PB 21.393



JHANSEN FALCÃO DE CARVALHO DORNELAS
OAB/PB 19.339

☎ 83.99800-2074 ✉ advocaciadornelas@gmail.com
☎ 83.98708-8728 ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com

📍 Rua João Teixeira de Carvalho, 275, João Pessoa/PB.
📍 Rua Tenente Antônio Pontes, 87-B, Centro, Cabedelo/PB.
📍 Rua Dr. João Ursulo, 30, Centro, Cruz do Espírito Santo/PB.



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Miguel Salgueiro Francisco, Brasileiro, solteiro,
Portador do RG N.º 3.405.551 SEP/PB, L.D.9 CPF N.º 080.205.
874 - 46, Residência 1, Domicílio na Rua Angola, 180, AP101,
BAIRRO DAS INDUSTRIAS, JOÃO PESSOA - PB

OUTORGADO: JHANSEN FALCÃO DE CARVALHO DORNELAS, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 19.339; e RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, ambos com endereço profissional sito na Praça Antônio Pessoa, 80 Tambiá, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "ad juditia et extra", para representá-lo em repartições públicas federais, autarquias e especialmente perante o INSS – Instituto Nacional do Seguro Social, para tratar de seu interesse, assinando requerimentos e outros papéis, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformações, desistência, obter vistas em procedimento administrativo, conferindo-lhe ainda poderes para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações em qualquer Juízo, instância ou Tribunal, conduzir os respectivos processos, nomear peritos e assistentes, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo subestabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga os advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, renunciar valores referente ao limite do teto do Juizado Especial Federal de 60 salários mínimos em razão do procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, levantar, requerer ou receber RPV e ALVARÁS, requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento de sinistro, assinar recibos, assinar declaração de endereço, assinar autorização de pagamento/crédito de indenização de Sinistro DPVAT, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015.

DECLARAÇÃO: O (a)(s) outorgantes(s) DECLARA(M), para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e da sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como advogado o outorgado acima nomeado, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

HONORÁRIOS ADVOGATÍCIOS: O(a) outorgante pagará o percentual de 30% (trinta por cento) sobre qualquer vantagem financeira auferida, em decorrência dos serviços prestados, além das demais cláusulas do contrato.

João Pessoa/PB, 23 de Outubro de 2020

Miguel Salgueiro Francisco

OUTORGANTE

☎ 83.99800-2074 ✉ advocaciadornelas@gmail.com
📍 Rua Tenente Antônio Pontes, 87-B, Centro, Cabedelo - PB.

☎ 83.98708-8728 ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com
📍 Av. Cel. Otto Feito da Silveira, 509, sala 02, João Pessoa/PB

📍 Praça Antônio Pessoa, 80, Tambiá, João Pessoa/PB.

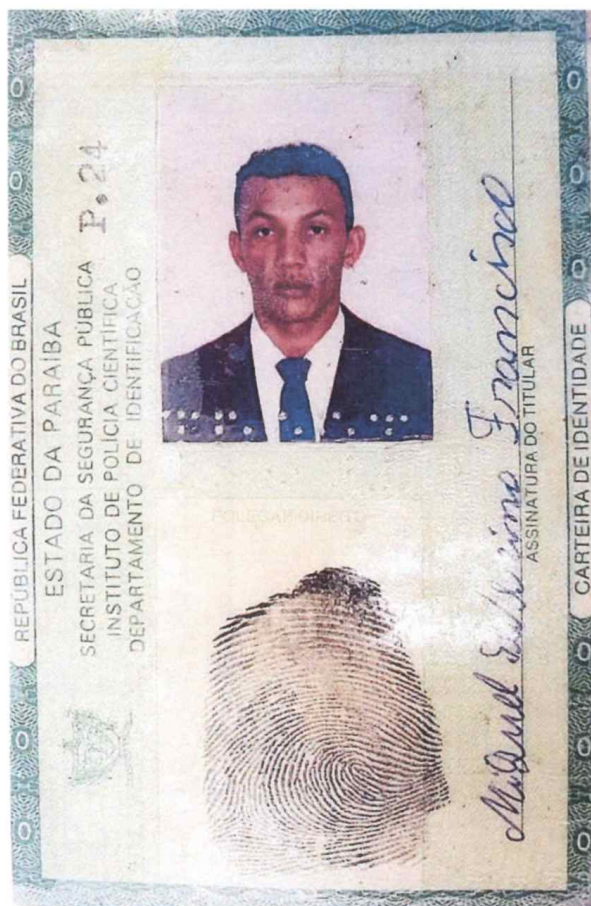
Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 23/10/2020 18:00:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102318001834700000034239979>

Número do documento: 20102318001834700000034239979



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 340551 DATA DE EXPEDIÇÃO 13 JAN 2000

NOME MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

Severino Miguel Francisco

Filipezinha Medeiros da Silva

Alhandra/PB

28.08.1980

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 11.245.Fls. 283V. Liv. A/10

DO: ORIGEM Cart. de Nazaré da Mata/PE

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB N°
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COLETA/RENTAL P.T.B. EXERCÍCIO
2017

NOME / ENDEREÇO

CH/DOC PLACA
MOR4160

PLACA ANT./M. CHASSI

ESPECIE / TIPO COMBUSTÍVEL
PASSA / MOTOCICLET GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD
HONDA/CBX 250 TWISTER 2002 2003

CAP./POT./CE. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
PARTICULAR VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1° VENC./COTAS
29/12/2020

PARCELAMENTO/COTAS 2° 3°

PREÇO LÍQUIDO/PREÇO TOTAL/PREÇO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
CABEDELO 09/07/2020

MOR4160

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: **2017**
 Proprietário: *****
 Placa: **MOR4160**
 Combustível: **GASOLINA**
 Marca/Modelo: **HONDA/CBX 250 TWISTER**
 Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLET**
 Ano de Fabricação: **2002**
 Ano Modelo: **2003**
 Categoria: **PARTICULAR**
 Cor Predominante: **VERMELHA**
 Vencimento Licenciamento: **29/12/2020**
 Observação:
 Restrição:
 Financeira:
 Município: **CABEDELO**
 Situação: **EM CIRCULACAO**
 Data da Consulta: **09/07/2020**



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CPF: 165.15023.72-4

3593254 0050 PB

Renan de Carvalho Paiva

ASSINATURA DO TITULAR



Digitalizado com CamScanner





QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

FILIAÇÃO.....: SEVERINO MIGUEL FRANCISCO
TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA
NASCIMENTO.....: 28/08/1980 SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL....: CASADO
NATURALIDADE: ALHANDRA - PB
DOCUMENTO.....: C. I. 3405551 18/01/2006 SSP PB
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF.....: 080.205.874-46 CNH.....:
TÍT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 01/03/2016

RENAN DE CARVALHO PAIVA

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE



FILIAÇÃO	
DATA DE NASC. DE	PARA
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	

L E G E N D A
A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
I - SSP ALICIA | D - ADICÇÃO | F - MUDANÇA DE ENDEREÇO



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR			
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
CARTEIRAS ANTERIORES			
NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÔDIGO DO FUNCIONÁRIO EMITIDA		
NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÔDIGO DO FUNCIONÁRIO EMITIDA		
NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÔDIGO DO FUNCIONÁRIO EMITIDA		
NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÔDIGO DO FUNCIONÁRIO EMITIDA		

EMPREGADOR	
LR ENGENHARIA E EMPREENDIMENTOS IMOBILIA	CNPJ 13.644.741/0001-57 CEI 512433828170
Tomador: PGM EMPREENDIMENTOS	
Endereço:	CARMEM DUARTE N°
Bairro	JOSE RODRIGUES COS.
Município:	NOVA SERRANA
Esp. do Estab.	CONSTRUÇÃO DE EDIFÍCIOS
Cargo:	CARPINTEIRO
CBO:	715525

DATA DE ADMISSÃO	17	DE	maio	DE	2018
REGISTRO Nº	RES. TICA				
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	R\$ 1.500,00 (hum mil e quinhentos reais)				
 LR EMPREENDIMENTOS IMOBILIARIOS LTDA					
DATA DE SAÍDA	24	DE	junho	DE	2018
 LR EMPREENDIMENTOS IMOBILIARIOS LTDA					
COM. DISPENSA CD Nº					
FOLH Nº DA CONTA					



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

COC/CP/CEI.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO..... UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO.....

CBO Nº.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....

REGISTRO Nº..... FLS. / FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

1ª..... 2ª.....

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....

1ª..... 2ª.....

COM. DISPENSA COT Nº.....

FGTS Nº DA CONTA.....

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

COC/CP/CEI.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO..... UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO.....

CBO Nº.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....

REGISTRO Nº..... FLS. / FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

1ª..... 2ª.....

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....

1ª..... 2ª.....

COM. DISPENSA COT Nº.....

FGTS Nº DA CONTA.....

09

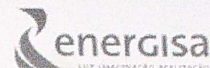


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 046.473.340



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

DIULENA PEREIRA DOS SANTOS
RUA ANGOLA 180 AP 101
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1604343-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2020	23/06/2020	76	01/07/2020	R\$ 63,43

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 10188.671175 7 83030000006343

Pagador: DIULENA PEREIRA DOS SANTOS CNPJ/CPF: 046.564.304-39

RUA ANGOLA 180 AP 101 - DAS INDUSTRIAS - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440010188671	001604343202006	01/07/2020	R\$ 63,43	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



CEP. 58083-624



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 23/10/2020 18:00:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102318002105500000034239983>

Número do documento: 20102318002105500000034239983

Num. 35851622 - Pág. 1



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 044433.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 044433.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra; às 15:44 min do dia 09/07/2020, na Delegacia Online, **MIGUEL SEVERINO FRANCISCO**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão CARPINTEIRO, natural de Alhandra, nascido(a) em 28/08/1980, idade 39, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA e SEVERINO MIGUEL FRANCISCO, CPF 080.205.874-46, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Angola, nº 180, complemento AP 101, bairro Indústrias, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58083624, telefone(s) 83988551045, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 11/04/2020 04:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: AVENIDA CIDADE DE CAJAZEIRAS, BAIRRO DAS INDÚSTRIAS, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA MADRUGADA DO DIA 11/04/2020, POR VOLTA DAS 04:00 HORAS FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ONDE SEGUIA CONDUZINDO A MOTOCICLETA MARCA HONDA, MODELO CBX 250 TWISTER, DE COR VERMELHA, PLACA MOR-4160/PB, ANO 2002/2003, CHASSI 9C2MC3500BR100283, CADASTRADO EM NOME DE JOSÉ FLÁVIO DANTAS DOS SANTOS, QUE TRAFEGAVA NA AVENIDA CIDADE DE CAJAZEIRAS, PRÓXIMO A PANIFICADORA PAULISTA, BAIRRO DAS INDÚSTRIAS, JOÃO PESSOA-PB, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA QUANDO BATEU NO QUEBRA MOLAS SENDO ARREMESSADO PARA FORA DA PISTA, SE MACHUCANDO SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, EM JOÃO PESSOA-PB, ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTOS MÉDICOS CABÍVEIS.

Miguel

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



Nº 044433.01.2020.0.00.704

1/2

Digitalizado com CamScanner



Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Miguel Severino Francisco
MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

E787F8CBF9EA791538897DA9CCF8C6B8

Código de Controle

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



Nº 044433.01.2020.0.00.704

2/2

Digitalizado com CamScanner



Fechar Chat

Número de pedido

Agora, digite o número do seu pedido, por favor:

Número do pedido

3200252497

Aguarde um instante enquanto consulto o seu pedido do **Seguro DPVAT**.Estes são os dados do seu pedido do **Seguro DPVAT**.

- Nº do pedido do Seguro DPVAT: 3200252497
- Vítima: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO
- Cobertura: Invalidez
- Ponto de atendimento receptor do pedido: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA
- Beneficiário: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO
- CPF/CNPJ: 08020587446
- Posição em 16/10/2020 15:56:24

O pedido do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada.

DATA	VALOR DA INDENIZAÇÃO	VALOR JUROS CORREÇÃO	VALOR TOTAL
24/07/2020 00:00:00	R\$ 3.712,50	R\$ 0,00	R\$ 3.712,50

Espero ter ajudado!

Você gostaria de fazer uma nova consulta?

SIM

NÃO

ENVIAR



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 080.205.874-96 4 - Nome completo da vítima: Miguel Selverino Francisco

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

5 - Nome completo: Miguel Selverino Francisco 6 - CPF: 080.205.874-96
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Angelo 9 - Número: 580 10 - Complemento: 101
11 - Bairro: Dos Industriais 12 - Cidade: Jaco Pereira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 3398855-1045

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: 0735 CONTA: 34238 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jaco Pereira 15/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1232909



Identificação do paciente

ID 262118	Nome MIGUEL SEVERINO FRANCISCO		Sexo Masculino	
Data de nascimento 28/08/1980	Idade 39 anos 8 meses 1 dia	Estado civil CASADO(A)	Religião	Prontuário 58875
Mãe TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA			Pai SEVERINO MIGUEL FRANCISCO	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) - ACOMPANHANTE	
DDD Celular 83	Celular 987199290	DDD 83	Telefone 988679274	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3405551	Nº Cns 706002831862543		
Local de procedência BAIRRO DAS INDÚSTRIAS			Tipo BAIRRO	UF PB
Sexo F	Naturalidade ALHANDRA	CBO/R		

Endereço

CEP 58083618	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DINAMARCA
Número 165	Complemento	Bairro INDÚSTRIAS	

Admissão

Data e Hora 11/04/2020 04:40:01	Número da pulseira 1000008792388	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte Carro		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA						Tempo

Imprimir



RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: **MIGUEL SEVERINO FRANCISCO** BE/PRONTUÁRIO: **1232909**
IDADE: **39 ANOS** SEXO: **MAS** COR: DATA: **21/4/2020**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO E LUXAÇÃO RADIOULNAR DISTAL DE PUNHO ESQUERDO**
CIRURGIÃO: **DR TIAGO FORMIGA** 1º ASS: **DR NILVAN LINHARES**
2º ASS: **MR3 DANIEL** 3º ASS: **MR2 JOÃO PAULO**
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: **DR HERCULES**
TIPO DE ANESTESIA: **LOCAL E SEDAÇÃO** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA COMINUTA DE DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO	
LUXAÇÃO RADIOULNAR DISTAL DE PUNHO ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FIXAÇÃO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO	
TRATAMENTO CIRURGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE LUXAÇÃO RADIOULNAR DISTAL	
DE PUNHO ESQUERDO	
ENXERTO ÓSSEO DE CRISTA ILIACA DIREITA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒

ENFERMARIA

☐ TERAPIA INTENSIVA☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dra. Thayssa Costa
Médica
CRM: 12.799

DATA:

21/4/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH + MESA DE APOIO COM ANTEBRAÇO PRONADO SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:

VIA DE ACESSO DE THOMPSON E SOBRE A CRISTA ILIACA DIREITA

DIVULSÃO POR PLANOS

CUIDADOS COM HEMOSTASIA

Achados:

FRATURA COMINUTA DE DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO

LUXAÇÃO RADIOULNAR DISTAL DE PUNHO ESQUERDO

Conduta:

CURETAGEM DAS EXTREMIDADES DA FRATURA

REALIZADA REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO ESQUERDO

FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA 3,5 DE 7 FUROS E 6 PARAFUSOS CORTICAIS, SENDO 3

PROXIMAIS E 3 DISTAIS

CONFERIDO POSICIONAMENTO DA PLACA E REDUÇÃO COM AUXILIO DE ESCOPIA

REALIZADA RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO DE CRISTA ILIACA DIREITA DE CERCA DE 1,5 CM

CUIDADOS COM A HEMOSTASIA E USO DE CERA ÓSSEA SOBRE LOCAL DA RETIRADA DO ENXERTO

DA CRISTA ILIACA DIREITA

REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO RADIOULNAR ESQUERDA COM AUXÍLIO DE ESCOPIA

PASSAGEM DE 1 FIO DE KIRSCHNER K 2,5MM PARA MANUTENÇÃO DA REDUÇÃO COM AUXILIO

DE ESCOPIA

Fechamento:

SUTURA POR PLANOS DO ANTEBRAÇO ESQ E DA VIA DE ACESSO SOBRE A CRISTA ILIACA DIREITA

DRATIVOS ESTEREIS

Observação:

TALA AXILOPALMAR EM MSE

RAIO-X DE CONTROLE

Médico/CRM:

Dra. Mayssa Costa
Médica
CRM-PB: 12.799

João Pessoa,

21/4/2020



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO BE/Prontuário: 1232909
 Idade: 39 Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: pardo Data: 11/04/20
 Clínica/Setor: Neurocirurgia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de afundamento craniano
 Cirurgião: George Mendes 1º Assistente: Emerson Magno
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Filipe
 Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início 10:30 Término 12:30

Diagnóstico Pos-Operatório	CID
<u>Fratura afundamento craniano</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de afundamento craniano</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (☒) Não. Descrição: _____
 Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não
 Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
 () Enfermaria (☒) Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. GEORGE DE A. C. MENDES
 NEUROLOGIA-NEURORADIO
 CRM-RB 8346

João Pessoa, 11/04/20

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Posição supino, sob anestesia geral
2. Assépsia + antissépsia + exposição de campos
3. Exposição de fratura deprimida

Incisão:

4. Craniotomia de fratura frontal cominada
5. Exposição de lacrecia dural
6. Termocoagulação de vasos sangrentos

Achados:

7. Denso de hemorragia, utilizada + surgical
8. Tratamento de falha dural com gelfoam

Conduta:

9. Ancoramento da dura-máter
10. Síntese da pele
11. Procedimento sem intercorrer
12. Curativo estéril

Fechamento:

Dr. GEORGE DE A. C. MENDES
NEUROCIRURGIA-NEURORADIOLOGIA
CRM-PB/8346

11/4/20

Observação:

João Pessoa, ____/____/____

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 23/10/2020 18:00:24

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102318002378500000034239987>

Número do documento: 20102318002378500000034239987