



Número: **0821090-19.2021.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/06/2021**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DANIELLE FONTES DA SILVA (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
THALES WENDLL DE SOUSA MAIA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75084528	21/06/2023 16:00	Petição	Petição
75084529	21/06/2023 16:00	2827948_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
75084530	21/06/2023 16:00	2827948_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, 06 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200408429

Vítima: DANIELLE FONTES DA SILVA

Data do Acidente: 27/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DANIELLE FONTES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01455/01456 - carta_02 - INVALIDEZ

00050728



Carta nº 16460465



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/06/2023 16:00:20

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23062116002058300000070742645>

Número do documento: 23062116002058300000070742645

Num. 75084529 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200408429

Vítima: DANIELLE FONTES DA SILVA

Data do Acidente: 27/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIELLE FONTES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 11.812,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: DANIELLE FONTES DA SILVA

Valor: R\$ 11.812,50

Banco: 341

Agência: 000007730

Conta: 0000049574-9

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



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 ASI: 0329505/20 3 - CPF da vítima: 052.893.024-92 4 - Nome completo da vítima: Danielle Fontes de Silva

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

5 - Nome completo: Danielle Fontes de Silva 6 - CPF: 052.893.024-92
7 - Profissão: Domotoma 8 - Endereço: Pres. Felix Antonio 9 - Número: 360 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cruz das Armas 12 - Cidade: Jacar Péguas 13 - Estado: PB 14 - CEP: 55085-460
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83387313266

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\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.500,00 ☐ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: ITAU
AGÊNCIA: 7730 CONTA: 48574 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 nascituro (valencio)? ☐ 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 representante legal

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 06917.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 06917.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:24 horas do dia 09 de novembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Danielle Fontes da Silva**, CPF nº 052.893.024-92, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero feminino, profissão Promotoras de Vendas, filho(a) de Maria da Penha Fontes da Silva e Jose Gentil da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/06/1985 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Presidente Félix Antônio, Nº 260, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Ao Lado da Antena da Embratel, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98731-3266.

Dados do(s) Fatos:

Local: Cruzamento do Colégio Epac., João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/05/20 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA TARDE DO DIA 27/05/2020 POR VOLTA DAS 14:30 A DECLARANTE ESTAVA PILOTANDO A MOTO HONDA/NXR 160 BROS ANO/MOD. 2018/2018 DE COR VERMELHA DE PLACA QFY3462/PB CHASSI: 9C2KD0810JR017702 DE PROPRIEDADE DE JOSE ALEXANDRE FONTES DA SILVA PORTADOR DO CPF: 027.888.834-80 SENTIDO JAGUARIBE/CENTRO QUANDO NA ESQUINA DO COLÉGIO EPAC QUE TEM UM SEMÁFORO O SINAL FICOU VERDE PARA A DECLARANTE E ENQUANTO A MESMA ATRAVESSAVA O SINAL FOI COLIDIDA POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE AVANÇOU O SINAL VERMELHO DO CRUZAMENTO, QUE DEVIDO AO FATO A DECLARANTE VEIO A CAIR AO SOLO E SE LESIONAR SENDO SOCORRIDA PELOS BOMBEIROS AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI DIAGNOSTICADA FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO + FERIMENTO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR ESQUERDO + FERIMENTO DO JOELHO DIREITO CONFORME PRONTUÁRIO Nº 122.823 DO LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM: 2516/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) 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 fê.

Procedimento Policial: 06917.01.2020.1.00.401

1/2



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 09 de novembro de 2020.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

DANIELLE FONTES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 06917.01.2020.1.00.401

2/2



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 ASI: 0329505/20 3 - CPF da vítima: 052.893.024-92 4 - Nome completo da vítima: Danielle Fontes de Silva

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

5 - Nome completo: Danielle Fontes de Silva 6 - CPF: 052.893.024-92
7 - Profissão: Domotoma 8 - Endereço: Pres. Felix Antonio 9 - Número: 360 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cruz das Armas 12 - Cidade: Jacar Péguas 13 - Estado: PB 14 - CEP: 55085-460
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83387313266

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\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.500,00 ☐ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: ITAU
AGÊNCIA: 7730 CONTA: 48574 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 nascituro (valencio)? ☐ 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 representante legal

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 03/10/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

ITAÚ UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:	15/01/2021
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	11.812,50
--------------	-----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIELLE FONTES DA SILVA

BANCO: 341

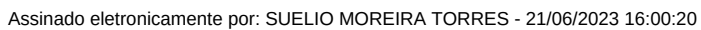
AGÊNCIA: 07730

CONTA: 000000049574-9

Autenticação:

6544D0F7768A3CB4C844FCBC818E05383E6802BFCFDA60FB4D5DC7DD17EF8292



[illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200408429 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIELLE FONTES DA SILVA **Data do acidente:** 27/05/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO ESQUERDO. LESÃO DE PARTES MOLES DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO. FERIMENTO EM JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 15°, abdução aos 30°, adução aos 15°, rotação medial aos 20°, rotação lateral aos 30°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, em grau intenso. Ao exame físico do cotovelo esquerdo apresenta flexão aos 110°, extensão aos 110°, supinação aos 60°, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, em grau médio. Ao exame físico do quadril esquerdo apresenta sem amputação, flexão aos 55°, extensão aos 5°, abdução aos 25°, adução aos 5°, rotação medial aos 25°, rotação lateral aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: REALIZADA LAVAGEM EXAUSTIVA, E DESBRIDAMENTO DA LESÃO EXTENSA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM TRAÇÃO TRANSTIBIAL ESQUERDA. POSTERIORMENTE REALIZADA CIRURGIA COM REDUÇÃO DA FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO COM USO DE PLACA DCP E 08 PARAFUSOS CORTICAIS. EVOLUINDO COM INFECÇÃO EM JOELHO DIREITO, SENDO NECESSÁRIA A REALIZAÇÃO DE LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA E SUTURA.

Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM GRAU SEVERO. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 11/01/2021

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			87,5 %	R\$ 11.812,50



LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200408429

Nome do(a) Examinado(a): DANIELLE FONTES DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): R PRES FELIX ANTONIO, 260, , João Pessoa/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSPPB / 2673339

Data e local do acidente: 27/05/2020 - João Pessoa/PB

Data e local do exame: 11/01/2021 - João Pessoa/PB

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.10251 , longitude: -34.83361

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO ESQUERDO. LESÃO DE PARTES MOLES DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO. FERIMENTO EM JOELHO DIREITO.

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

TRATAMENTO CIRURGICO

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 15°, abdução aos 30°, adução aos 15°, rotação medial aos 20°, rotação lateral aos 30°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, em grau intenso. Ao exame físico do cotovelo esquerdo apresenta flexão aos 110°, extensão aos 110°, supinação aos 60°, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, em grau médio. Ao exame físico do quadril esquerdo apresenta sem amputação, flexão aos 55°, extensão aos 5°, abdução aos 25°, adução aos 5°, rotação medial aos 25°, rotação lateral aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

Sim

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

Sim

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

DOR + DEFICIT DE MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO+ COTOVELO ESQUERDO + FEMUR ESQUERDO+ CLAUDICAÇÃO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".



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

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

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Membro Superior Esquerdo - Intenso - 75%

Membro Superior Esquerdo - Médio - 50%

Membro Inferior Esquerdo - Médio - 50%

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



FREE PRESS

47B53



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + ANTIBIOTICOPROFILAXIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:									
NÃO HOUVE									

Achados:
LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

Conduta:
LAVAGEM EXAUSTIVA DE LESAO EXTENSA COM SF0,9%
DESBRIDAMENTO DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
LAVAGEM EXAUSTIVA DE LESAO EXTENSA COM SF0,9%
REVISAO DE HEMOSTASIA
APROXIMAÇÃO DAS BORDAS COM NYLON
PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL COM FIO DE KC Nº 4

Fechamento:
CURATIVOS ESTEREIS

Observação:
RX CONTROLE
PINÇA DE CONFEITEIRO EM MSE
TRAÇÃO TRANSTIBIAL COM PESO DE 6KG

Médico/CRM:

Dra. Thaysa Costa
Médica
CRM-PB: 12.799

João Pessoa,

27/5/2020



Nota de Sala Cirúrgica

RECEBI

NOME DO PACIENTE: Donile Fontes da Silva
 IDADE: 34a SEXO: F NÚMERO: 12389924
 CIRURGIÃO: Dr. Ev. de Franco Esqueleto M.J.C
 CIRURGIÃO: Dr. João Henrique
 ANESTESIA: Sedação
 ANESTESISTA: Dr. A. Raphaela
 INSTRUMENTADOR: —
 DATA: 24/5/2020 HORAS CIRÚRGICO: 11:15 CIRURGIA: 18:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA I () ASA II () ASA III () ASA IV () ASA V ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		Soro ringier		FIG CAT GUT CHOMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA				FIG CAT GUT CHOMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		soro fus 500		FIG DE ACO N°	
CEETANINA				FIG DE ACO N°	
DROPERIDOL				FIG DE NYLON N°	
ETOMIDATO				FIG DE NYLON N°	
FENOBARBITAL		SOLUÇÕES		FIG DE NYLON N°	
FENTANIL		ALCOOL ETILICO 70% ml		FIG DE NYLON N°	
FLUMAZENIL		PVP DEGERMANTE ml		FIG POLIOLACTONA N°	
ISOFLURANO		PVP TINTURA ml		FIG POLIOLACTONA N°	
LEVOBUPIVAÍNA C/ VASO		PVP TÓXICO ml		FIG POLIOLACTONA N°	
LEVOBUPIVAÍNA S/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		FIG POLIOLACTONA N°	
LIDOCAÍNA C/ VASO		MATERIAIS		FIG POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA S/ VASO		QTD. LAMINA BISTURI N°11		FIG POLIPROPILENO N°	
MEDAZOLAM		LAMINA BISTURI N°12		FIG POLIPROPILENO N°	
MORFINA		LAMINA BISTURI N°13		FIG POLIGLECAJONE N°	
NOBUTIL		LAMINA BISTURI N°14		FIG POLIGLECAJONE N°	
PANCURÔNIO		LAMINA DE ENCRTO		FIG POLIGLECAJONE N°	
PETIDINA		LAMINA DE ENCRTO		FIG POLIGLECAJONE N°	
PROPOFOL		LAMINA DE ENCRTO		FIG POLIGLECAJONE N°	
RAMIFENTANIL		LAMINA DE ENCRTO		FIG POLIGLECAJONE N°	
RÓCIÔNIO		LAMINA DE ENCRTO		FIG POLIGLECAJONE N°	
SEVOFLURANO		LAMINA DE ENCRTO		FIG POLIGLECAJONE N°	
SUXAMETÔNIO		LAMINA DE ENCRTO		FIG POLIGLECAJONE N°	
TIOPENTAL		LAMINA DE ENCRTO		FIG POLIGLECAJONE N°	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		FIG POLIGLECAJONE N°	
ADRENALINA		CÂNULA N° TRAQUEOSTOMIA		FIG POLIGLECAJONE N°	
ÁGUA DEBILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		FIG POLIGLECAJONE N°	
ATROPINA		CATETER EMBOLEO ARTERIAL N°		FIG POLIGLECAJONE N°	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		FIG POLIGLECAJONE N°	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		FIG POLIGLECAJONE N°	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		FIG POLIGLECAJONE N°	
DIPTRONA SÓDICA		CATETER EPIDURAL N°19		FIG POLIGLECAJONE N°	
EFEDRINA		CATETER EPIDURAL N°20		FIG POLIGLECAJONE N°	
FUROSEMIDA		CATETER EPIDURAL N°21		FIG POLIGLECAJONE N°	
GLICOSE 50%		CATETER EPIDURAL N°22		FIG POLIGLECAJONE N°	
GLUCONATO DE CÁLCIO		CATETER EPIDURAL N°23		FIG POLIGLECAJONE N°	
HIDROCORTISONA		CATETER EPIDURAL N°24		FIG POLIGLECAJONE N°	
LIDOCAÍNA GEL 5%		CATETER EPIDURAL N°25		FIG POLIGLECAJONE N°	
ONDASENTRONA		CATETER EPIDURAL N°26		FIG POLIGLECAJONE N°	
PLASO		CATETER EPIDURAL N°27		FIG POLIGLECAJONE N°	
PROSTOMIDIN		CATETER EPIDURAL N°28		FIG POLIGLECAJONE N°	
PROTAMIDA		CATETER EPIDURAL N°29		FIG POLIGLECAJONE N°	
TENOCAN		CATETER EPIDURAL N°30		FIG POLIGLECAJONE N°	

Rosângela L. Ferreira
 Téc. Enfermagem
 COREN-PB 306658

RELATÓRIO DE CIRURGIA



IDADE: _____ DANIELE FONTES DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1238924
SEXO: FEM COR: _____ DATA: 27/5/2020
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
CIRURGIA: LMC E DESBRIDAMENTO DE LESAO EXTENSA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
CIRURGIÃO: DR. JOÃO HENRIQUE 1º ASS: MR1 ANDRÉ XIMENES
2º ASS: _____ 3º ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	
LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES DE ANTEBRAÇO ESQUERDO	CID
FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR E UMEROS ESQUERDOS	
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	
LMC+DESBRIDAMENTO DE LESAO EXTENSA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO	CÓDIGO
TRAÇÃO TRANSTIBIAL ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:
DESCRIÇÃO: _____
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
☒ ENFERMARIA
☐ RESIDÊNCIA
☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dra. Thaysa Costa
Médica
CRM-PB: 12.799

DATA: 27/5/2020





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DANIELLE FONTES DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 08/06/85
NOME DA MÃE MARIA DA PENHA FONTES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.238.924
Nº PRONTUÁRIO 122.823
DATA DO ATENDIMENTO 27/05/20
HORA DO ATENDIMENTO 16:14
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO E + FERIMENTO DO ANTEBRAÇO
E + FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E + FERIMENTO DO JOELHO
D
CID 10 S 42.3 + S 51.8 + S 72.3 + S 81.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), há cerca de 30 minutos, trazida pelo SAMU, apresentando queixas de dor em membro superior E, coxa D e tórax. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP
RX do ombro / escápula E - AP e Oblíquo
RX do braço E - AP e P
RX da articulação coxo-femural E - AP

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do úmero E + fratura da diáfise do femur E aos RX. Ferimento do antebraço E + joelho D. Realizado internamento e tratamento cirúrgico do ferimento e fraturas pelo Dr. Andrier Farias no 1º tempo; Dr. Nilvan Linhares e Dr. Tiago Formiga no 2º tempo e Dr. João Henrique no 3º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 04/06/20
DATA DE EMISSÃO: 20/08/20


Dr. Ewerton Formiga Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DANIELLE FONTES DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 08/06/85
NOME DA MÃE MARIA DA PENHA FONTES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.238.924
Nº PRONTUÁRIO 122.823
DATA DO ATENDIMENTO 27/05/20
HORA DO ATENDIMENTO 16:14
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO E + FERIMENTO DO ANTEBRAÇO
E + FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E + FERIMENTO DO JOELHO
D
CID 10 S 42.3 + S 51.8 + S 72.3 + S 81.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), há cerca de 30 minutos, trazida pelo SAMU, apresentando queixas de dor em membro superior E, coxa D e tórax. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP
RX do ombro / escápula E - AP e Oblíquo
RX do braço E - AP e P
RX da articulação coxo-femural E - AP

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do úmero E + fratura da diáfise do femur E aos RX. Ferimento do antebraço E + joelho D. Realizado internamento e tratamento cirúrgico do ferimento e fraturas pelo Dr. Andrier Farias no 1º tempo; Dr. Nilvan Linhares e Dr. Tiago Formiga no 2º tempo e Dr. João Henrique no 3º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 04/06/20
DATA DE EMISSÃO: 20/08/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





DATA27 151 2022

PRONTUÁRIO: 1238924

DATA: 27/01/2020		PRONTUÁRIO: 345121	
PACIENTE: Danielle Farias da Silva		SEXO: +	COR: P
IDADE: 34		GRUPO SANGÜÍNEO	
PESAGEM: 94 kg		TEMPERATURA: 36,5	
ESTADO GERAL: BOM		RISCO CIRÚRGICO: BOM	
EXAMES COMPLEMENTARES: U.D.M.			
AP. RESPIRATÓRIO: BOM		AP. CIRCULATÓRIO: BOM	
AP. DIGESTIVO: BOM		DROGAS EM USO: U.D.M.	
PRÉ-ANESTÉSICO: U.D.M.		ESTADO FÍSICO (ASA): I	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: BOM			
CIRURGIA REALIZADA: Laparoscopia			
CIRURGIÃO: Dr. João		AUXILIARES: NIE	
INÍCIO DA ANESTESIA: 13:10		DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 40.22		VALORES R\$: 1.000,00	
ANESTESISTA: Dr. João			

[illegible]



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Av. Grestes Lisboa, s/n - PEURO GONDIM - CNES: 123212 - Tel.: 8332155700



Governo do Estado
PARAIBA
Governo do Estado

AV. GRESTES LISBOA, s/n - PEURO GONDIM - CNES: 123212 - Tel.: 8332155700

Boletim de Atendimento: 1238924



Identificação do paciente			
ID 1508845	Nome DANIELE FONTES DA SILVA	Sexo Feminino	
Data de nascimento 09/05/1985	Idade 34 anos 11 meses 19 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA DA PENHA FONTES DA SILVA		Pai JOSE GENTIL DA SILVA	
Responsável (Parentesco) LILIANE - IRMAD(A)		DDD	Telefone
CEP 5085450	Município da residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PRESIDENTE FÉLIX ANTÔNIO
Número 260	Complemento		Bairro CRUZ DAS ARMAS
Admissão			
Data e Hora 27/05/2020 10:14:01	Número da pulseira 1000008768824	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente RUA	
Classificação de risco		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
Indicadores e Transporte			
Cover público Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Atendimento SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
X mmHg		Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
<i>Paciente deu entrada no setor, com história de acidente de motocicleta, segue em avaliação.</i> <i>30/05/20</i>			
Diagnóstico		CID	
Atendido por BIANKA JACOB MENEZES DE QUEIROZ		Turno	

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PARAÍBA
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031080
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
ANIELE FONTES DA SILVA	1238924	27/05/2020 16:14:01	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
8/08/1985	Feminino		(83) 888627238
Idade			Prontuário
34a 11m 19d			
Nome	Bairro	Município	UF
MARIA DA PENHA FONTES DA SILVA	CRUZ DAS ARMAS	JOAO PESSOA	PB
Endereço		Profissional	Nº Cons. Regional
PRESIDENTE FÉLIX ANTÔNIO, 260		SARA PAES GAIÃO TORREAO	12705/
Acidente	Motivo	Data/Hora Prescrição	
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	27/05/2020 16:28:26	
Data/Hora Classificação			
27/05/2020 16:14:01			

ANAMNESE

CIRURGIA GERAL # PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU, EM PROTOCOLO DE APH. VÍTIMA DE COLISÃO MOTOCICLETA X AUTOMÓVEL. HÁ CERCA DE 30 MINUTOS. RELATA USO DE CAPACETE. QUEIXA-SE DE DOR EM MSE E COXA ESQUERDA E EM TÓRAX. AO EXAME: ENCONTRA-SE EM BCG, LOTE, AAA, HIDRATADA, CORADA, EUPNEICA EM AA, TÓRAX EXPANDINDO BILATERALMENTE, DOLOROSO À PALPAÇÃO EM REGIÃO DE FÚRCULA ESTERNAL; ABDOME E PELVE SEM ALTERAÇÕES; GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E ISOTÓRREAGENTES; APRESENTA DOR INTENSA EM MSE E EM COXA ESQUERDA, SEM OUTRAS ALTERAÇÕES AO EXAME FÍSICO. BA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES. CD: HIDRATAÇÃO + ANALGESIA. RAIO X DE TÓRAX. RAIO X DE OMBRO E AÇÃO ESQUERDOS. RAIO X COXA FEMORAL. AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: EM 100ML SF)
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: EM 100ML SF)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA

CID10

V23.4 - Motociclista traumatizado em colisão com um automóvel [carro], "pick up" ou caminhonete - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

Conduta

Em observação

Dr(a) Sara Paes
CRM: 12705

SARA PAES GAIÃO TORREAO
(CRM: 12705/)

Enfermeiro

Boletim registrado por: BIANKA JACOB MENEZES DE QUEIROZ em 27/05/2020 16:14:01



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/06/2023 16:00:20

<https://pje.tipb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23062116002058300000070742645>

Número do documento: 23062116002058300000070742645



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA CRESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente DANIELE FONTES DA SILVA	BAE 1238924	Data/Hora Entrada 27/05/2020 16:14:01	Data Baixa
Data de nascimento 08/06/1985	Idade 34a 11m 19d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 989627238
Mãe MARIA DA PENHA FONTES DA SILVA		CNS	Prontuário
Endereço PRESIDENTE FÉLIX ANTÔNIO, 260	Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDRE GUSTAVO SOARES XIMENES	Nº Cons. Regional 12412/PB
Data/Hora Classificação 27/05/2020 16:14:01		Data/Hora Prescrição 27/05/2020 17:38:37	

ANAMNESE

ORTOPEDIA VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO. APRESENTA DOR NO BRAÇO E NA COXA ESQUERDA. AO EXAME: NV PRESERVADO ADM LIMITADA NO OMBRO E NO QUADRIL ESQUERDO. RX EVIDENCIANDO FRATURA DIAFISARIA NO UMEIRO E NO FEMUR ESQUERDOS. CD: INTERNAMENTO PARA TTO CIRURGICO STAFF: DR MOURIBE

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H

ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 ML VIA S.C., 1X AO DIA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: LENTO, S/N)

Diluir

RAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

ONEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CUIDADOS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

ELETROCARDIOGRAMA

SEVY + CCGG

IMOBILIZAÇÃO GESSADA, (OBSERVAÇÕES: PINÇA DE CONFEITEIRO EM MSE)

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: TRAÇÃO COM 8KG DE PESO)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL - PCR

TGO (ASPARTATO AMINOTRANSFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANSFERASE/ALT)

UREIA

IONOGRAMA

Dr. André G. S. Ximenes
Médico
CRM-PB 12412

010



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



Superioridade
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031280
Tel: 32185700 - CNES: 2503282

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 29/05/2020 12:30:15

Nome DANIELE FONTES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1233924	Data/Hora Entrada 27/05/2020 16:14:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 08/08/1985	Idade 34	Sexo Feminino	CNS	Prontuário 122823
Tempo de Internação 1d 18h 35min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 27/05/2020 16:14:01	Data Internação 27/05/2020 17:55:41	Permanência na Unidade: 1d 26h 16min		Permanência no Leito: 53min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 29/05/2020 10:33:22)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

POI DE LMC DE JOELHO DIREITO REALIZADA SME INTERCOCORRÊNCIAS
POR DR ANDRIER

COT: CULTURAS
VPM

STAFF DR ANDRIER

Segão: POSTO II - ENF 18 Leito: LEITO - 801

Profissional responsável pela Informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/06/2023 16:00:20



RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: **DANIELE FONTES DA SILVA** BE/PRONTUÁRIO: **1238924**
IDADE: **34 ANOS** SEXO: **FEM** COR: DATA: **2/6/2020**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA**
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS ESQUERDO**
CIRURGIÃO: **DR NILVAN LINHARES** 1º ASS: **DR TIAGO FORMIGA**
2º ASS: **MR3 DANIEL** 3º ASS: **MR1 THAYSA**
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: **BLOQUEIO** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRG NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA:

2/6/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA E ANTIBIÓTICOPROFILAXIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
Incisão:
ANTERIOR DO BRACO ESQUERDO
DISSECÇÃO POR PLANOS
CUIDADOS EM HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS ESQUERDO
Condução:
LOCALIZAÇÃO E ISOLAMENTO DO NERVO ULNAR
CURETAGEM DAS EXTREMIDADES DA FRATURA
REDUÇÃO ABERTA DA FRATURA
FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA 8 FUROS + 8 PARAFUSOS CORTICAIS
CONFERIDA REDUÇÃO E APOSIÇÃO DA PLACA E PARAFUSOS COM AUXILIO DE ESCOPIA
IRRIGAÇÃO COM SF0,9%
REVISÃO DA HEMOSTASIA
Fechamento:
SUTURA POR PLANOS
CURATIVOS ESTÉREIS
Observação:
HEMOGRAMA DE CONTROLE
RX CONTROLE

Médico/CRM:

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM: 12.799

João Pessoa,

2/6/2020



#active

Número do documento: 23062116002058300000070742645

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Danielle Fontes da Silva BE/Prontuário: 1238924
 Idade: 34a Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 27/05/2020
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento Cirúrgico (L4/L5) com Jato Direto
 Cirurgião: Dr. Anderson 1º Assistente: Dr. Rogério (R2)
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Rapinha Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Jato Direto</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>L4/L5 de Jato Direto</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

João Pessoa 28/05/2020

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSRL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	1ª quadr. 001, 206. Anestesia Anestesia / Anestesia Aplicação complexa (Anestesia)
Incisão:	Lesão / Lesão / Lesão Lesão / Lesão / Lesão Lesão
Achados:	Desvio / Desvio / Desvio
Conduta:	① LMC 9 170,01. ② Cúter 5 mm ③ Sutura 100 / 100 1ª curativo
Fechamento:	
Observação:	

João Pessoa

18.05.2022

Médico/CRM:

[Assinatura]

F(NG).ASCIR.009-1





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



Senhoras e Senhores
PARAÍBA
Governador do Estado

RUA ORESTES LISBOA, 8/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1238924



Identificação do paciente				
ID 1508845	Nome DANIELE FONTES DA SILVA		Sexo Feminino	
Data de nascimento 08/08/1985	Idade 35 anos 8 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 122823
Mãe MARIA DA PENHA FONTES DA SILVA	Pai JOSE GENTIL DA SILVA			
Escolaridade		Responsável (Parentesco) - IRMÃO(A)		
DDD Celular 83	Celular 988627238	DDD	Telefone 988628832	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 700506336356957		
Local de procedência		Tipo	UF	
Email	Naturalidade	CBO/R		
Endereço				
CEP 58085480	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PRESIDENTE FÉLIX ANTÔNIO	
Número 260	Complemento	Bairro CRUZ DAS ARMAS		
Admissão				
Data e Hora 27/05/2020 16:14:01	Número da pulseira 1000008788824		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 VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	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 BIANKA JACOB MENEZES DE QUEIROZ				Tempo

Imprimir



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

P.06

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Assinatura do Titular

ASSINATURA DO TITULAR

DE IDENTIDADE

011 3441 0111



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.673.339 2^{AV} DATA DE EXPEDIÇÃO 20 MAR 2002

NOME DANIELLE FONTES DA SILVA.

FILIACAO José Gentil da Silva

Maria da Penha Fontes da Silva

João Pessoa-PB DATA DE NASCIMENTO 08-06-1985

NATURALIDADE

Cert. Nasc. Nº 36.055, Fls. 08, Liv. A-33

DOC ORIGEM 4ª Cart. João Pessoa-PB

CPF

João Pessoa-PB, 29/08/83

DIR. DEPT. DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

052.893.024-92

DANIELLE FONTES DA SILVA

08/06/1985



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 015312029355

VIA COD RENAVAM 1020000009818 18 EXERCÍCIO

1 0114560807-5 00/00000000 2020

NOME
JOSE ALEXANDRE FONTES DA SILVA

CPC/CNPJ
02788883490

PLACA
OFY3462/PB

PLACA ANT/UF
NOVO PB

CHASSI
3C2KD0810JR017702

ESPECIE TIPO
EAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO
HONDA/NKR160 BROS ESDD

ANO FAB
2018

ANO MOD
2018

CAP/POT/CIL
2 P/162 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA UNICA
IPVA PAGO EM 00/00/0000

VENC COTA UNICA
1º

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/GOTAS
0

VENC/GOTAS
2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO
05/03/2020

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE POSSE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL
JOAO PESSOA PB

DATA
10/03/2020

81623

40657



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324505/20

Vítima: DANIELLE FONTES DA SILVA

CPF: 052.893.024-92

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/05/2020

Titular do CPF: DANIELLE FONTES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DANIELLE FONTES DA SILVA : 052.893.024-92

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: 13/11/2020
Nome: DANIELLE FONTES DA SILVA
CPF: 052.893.024-92

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

DANIELLE FONTES DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08210901920218152001

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 subscreeve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DANIELLE FONTES DA SILVA**, 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:

DA AUSÊNCIA DE NEXO DE CAUSALIDADE

LESÕES NO JOELHO ESQUERDO

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL OS DOCUMENTOS MÉDICOS, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO NO JOELHO ESQUERDO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.



**NÃO HÁ NOS AUTOS NENHUM DOCUMENTO MÉDICO QUE INDIQUE A
SUPOSTA LESÃO AO JOLEHO ESQUERDO!**

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 19 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/06/2023 16:00:21
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23062116002101500000070742646>
Número do documento: 23062116002101500000070742646

Num. 75084530 - Pág. 3