24/05/2023

Número: **0801499-94.2023.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**
Última distribuição : **08/03/2023**
Valor da causa: **R$ 13.500,00**
Assuntos: **DPVAT**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SWILTON TAVARES BERNARDO (AUTOR)	MICHEL DE MOURA DANTAS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
73773244	24/05/2023 13:59	Petição	Petição
73773247	24/05/2023 13:59	2881672_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
73774049	24/05/2023 13:59	2881672_JUNTADA_DE_DOCS_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, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190690953 **Vítima: SWILTON TAVARES BERNARDO**

Data do Acidente: 03/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SWILTON TAVARES BERNARDO

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

Pag. 00505/00506 - carta_01 - INVALIDEZ

00030253

Carta nº 15222660

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2023 13:59:37
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052413593734900000069535315
Número do documento: 23052413593734900000069535315

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, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190690953 **Vítima: SWILTON TAVARES BERNARDO**

Data do Acidente: 03/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SWILTON TAVARES BERNARDO

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$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **SWILTON TAVARES BERNARDO**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **237**
Agência: **000003439-8**
Conta: **000009130-8**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01463/01464 - carta_30 - INVALIDEZ
00020732

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:	3 - CPF da vítima: 095.109.774-11	4 - Nome completo da vítima: SNIELTON TOMAZ BARBOSA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: SNIELTON TOMAZ BARBOSA			6 - CPF: 095.109.774-11
7 - Profissão: TRABALHADOR	8 - Endereço: RUA JOSÉ DE ALMEIDA CONTINHO	9 - Número: 286	10 - Complemento:
11 - Bairro: MANGABEIRA	12 - Cidade: J. PESSOA	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58059286
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD): (83) 99[illegible]

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)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3439 (informar o dígito se existir) CONTA: 9130-6 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ (informar o dígito se existir) CONTA: _____ (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 ☐ Divorciado ☐ [illegible] ☐ Viúvo ☐ [illegible]

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 ascendente(s)? ☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/mãe 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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura do testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: J. Pessoa 10 / 12 / 2019

Snielton Tomaz Barbosa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2023 13:59:37
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052413593734900000069535315
Número do documento: 23052413593734900000069535315

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00320.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00320.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:18 horas do dia 09 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Swilton Tavares Bernardo**, CPF nº 095.109.774-11, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Suely Bernardo da Silva e Isaias Tavares da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/05/1992 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José de Almeida Coutinho, Nº 268, complemento CASA, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercadinho Pague Menos, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99651-2876.

Dados do(s) Fatos:

Local: Joaquim Pires Ferreira, Shopping Sebrai, Shopping, João Pessoa/PB, bairro Bairro dos Estados; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/02/18 11:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor).**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante relata que trafegava com a motocicleta, marca e modelo HONDA CG/125 FAN KS, ano e modelo:2013 de cor preta, placa:OGB 7447/PB,chassi :9C2JC4110DR421922,registrado em nome de Isaias Tavares da Silva, CPF: 277.160.234-20,(pai do notificante);QUE seguia normalmente em sua mão quando veio a colidir em uma bicicleta, e que devido ao impacto veio a cair ao chão;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1134/2019, EXPEDIDO PELA DRª ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA , CRM/PB 3883, DATADO DE 08/08/2019, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro ; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar

ADENDO(S):

Que na data 09/12/2019, à(s) 12:43 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: a onde se ler 03/02/201/ é para se ler 08/02/2018 data do acidente. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2023 13:59:37
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052413593734900000069535315
Número do documento: 23052413593734900000069535315

João Pessoa/PB, 09 de dezembro de 2019.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

SWILTON TAVARES BERNARDO
Noticiante

Procedimento Policial: 00320.01.2019.1.00.420

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2023 13:59:37
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052413593734900000069535315
Número do documento: 23052413593734900000069535315

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:	3 - CPF da vítima: 095.109.774-11	4 - Nome completo da vítima: SNIELTON TOMAZ BARNABÉ

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: SNIELTON TOMAZ BARNABÉ			6 - CPF: 095.109.774-11
7 - Profissão: TRABALHADOR	8 - Endereço: RUA JOSÉ DE ALMEIDA CONTINHO	9 - Número: 286	10 - Complemento:
11 - Bairro: MANGABEIRA	12 - Cidade: J. PESSOA	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58059286
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD): (83) 99[illegible]

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. Anexar cópia)
☒ Banco do Brasil (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3439 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 9130 6 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐☐ (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 ☐ Divorciado ☐ [illegible] ☐ Viúvo

25 - Grande 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 rendeiro(a)(menor)? ☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/mãe 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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura do testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: J. Pessoa 10 / 12 / 2019

Snielton Tomaz Barnabé
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2023 13:59:37
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052413593734900000069535315
Número do documento: 23052413593734900000069535315

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 1134/2019

Atendendo solicitação de **SWILTON TAVARES BERNARDO** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 101441 e Prontuário N° 2018.02.002060 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 08/02/2018 ás 18h55min, vitima de colisão moto x bicicleta, apresentando trauma em antebraço direito.

Retornou dia 15/02/2018 às 13h25min com ficha Nº102888, apresentando fratura de rádio distal direito.

Realizado procedimento cirúrgico dia 27/02/2018 com alta médica dia 01/03/2018.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Medico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância á Saúde
CRM/PB 3883

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2023 13:59:37
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052413593734900000069535315
Número do documento: 23052413593734900000069535315

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc – Transferencia para conta em outro banco
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 237 **AGÊNCIA:** 1234 **CONTA:** 12345

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/12/2019
NUMERO DO DOCUMENTO: 319069095301
VALOR TOTAL: 1.687,50

TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: SWILTON TAVARES BERNARDO

BANCO: 237
AGÊNCIA: 03439
CONTA: 000000009130

Número da Autenticação

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2019	10/10/2019	08/11/2019	277.160.234-20

UC (Unidade Consumidora): 5/1040945-6

Canal de contato

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
12/09/19	9442	10/10/19	9505	1	63	31

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Tributos	Base Calc	Alíq	Preço Unit (R$)	Valor (R$)
060	Consumo até 30kWh BP	30,000	0,190860		5,73	0,00	0	0,190860	5,73	0,14	0,00
060	Consumo - 31 a 100kWh - BP	33,000	0,326840		10,79	0,00	0	0,326840	10,79	0,03	0,42
060	Adic. B Vermelha				0,02	0,00	0	0,190860	0,02	0,00	0,00
060	Adic. B Amarela				0,01	0,00	0	0,190860	0,01	0,00	0,00
0611	Subsídio				-16,61	0,00	0	0,000	-16,61	0,00	0,00
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIB SERV ILUM PUBLICA				0,00	0,00	0	0,000	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2019				0,01	0,00	0	0,000	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2019				0,02	0,00	0	0,000	0,00	0,00	0,00
060	REST BAND AMAR RESIDENCIAL 09/2019				0,01	0,00	0	0,000	0,00	0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio				16,61	0,00	0	0,000	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 19,40 0,00 0,00 98,99 0,00 1,40

Média Últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
98	17/10/2019	R$ 19,40

Histórico de Consumo (kWh)

42	52	66	61	66	62	85	92	80	62	97	63
Out/19	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19

5cdf.033f.f4ac.0aca.12f5.46e7.c884.de5a

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC ENERGIA	5,37	0,00		
DIC TRIMESTRAL	10,16			
DIC ANUAL	40,30		NORMAL	202
FIC MENSAL	9,20	1,00		
FIC TRIMESTRAL	6,47		CONTRATADA	
FIC ANUAL	13,86		LIMITE PRECÁRIO	221
DMIC	23,98	0,00	LIMITE CRÍTICO	221
DICRI	12,44			

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energisa PB	9,66	49,79
Contribuição Energisa	0,53	2,73
Bandeira Amarela	0,83	4,28
Encargos Distribuição Energisa	1,05	5,41
Outros Encargos	0,00	0,00
Total	19,40	100,00

Valor Total Sem Juros (R$): 19,40

ATENÇÃO

Potência em atraso

- Esta unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo em desconto de R$ 16,61
- Leitura informada pelo Cliente

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone:(83)3214-1980
FAX:( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 102888 Atd: Nao Regula
Data: 15/02/2018
Hora: 13:25:33
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Num. de vezes atendido: 1
Nome: SWILTON TAVARES BERNARDO
Num. Prontuario: 2018.02.002060
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987184310
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/06/1992 Id: 25 ano(s)
End.: RUA 15 DE JANEIRO,0
Bairro: TRINCHEIRAS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: SUELY BERNARDO DA SILVA Pai:
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
Ocupação:
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: ASSISTENTE SOCIAL- KEITE
T Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Pr dencia: PRESIDIO SILVIO PORTO

Transporte utilizado: ESCOLTA DA UNIDADE
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violência por: NAO
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao
[ ] Hemorragia [ ] Dispineia
[ ] Diarreia [ ] Agitado
[X] Regular [ ] Chocado
[ ] Vomito
Observacao

Queixa Principal
PACIENTE RETORNO DA ORTOPEDIA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

15 FEV. 2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2023 13:59:37
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052413593734900000069535315
Número do documento: 23052413593734900000069535315

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 15/02/18

Nome: Suellen Tavares Bernardo
Prontuário: _____ Idade: 25a Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento __/__/____

QPD: Dor abdominal em cólica, pós ato sexual.

HDA: Paciente vítima de trauma em punhos, apresentando fratura de rádio distal D mantendo dor ++ limitação

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso ____ Kg em _____ [ ]Prurido [ ]Sudorese
[ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe
[ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [ ]Dor _____ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise
[ ]Dispnéia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema _____ Outros: _____

ABD: [ ]Dor _____ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas
[ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume

AGU: [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria
[ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: _____

SME: [ ]Dor _____ [ ]Rigidez pós-repouso [ ]Deformidades
[ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

SN e PSQ: [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade _____
[ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2023 13:59:37
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052413593734900000069535315
Número do documento: 23052413593734900000069535315

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

_____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [ ]HTF

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa _____

[ ]Trauma _____ [ ]Neo _____ [ ]Tabagismo _____

[ ]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ _____

Exame Físico:

Peso: _____Kg Altura: _____m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

_____

ACV: _____

_____

AR: _____

_____

ABD: _____

_____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: RX evid. fratura de radio distal D.

_____

_____

_____

Hipóteses Diagnósticas: Fratura de radio distal D.

_____

_____

_____

Conduta: Internação para Ho Ortopedico

_____

_____

_____

Tiago Bruno F. Pereira
Médico
CRM 19[illegible] PB

R17
D. Paraíba

_____

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2023 13:59:37
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052413593734900000069535315
Número do documento: 23052413593734900000069535315

Complexo Hospitalar MANGABEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:				**Registro:**	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1° Assistente:	
2° Assistente:	3° Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 ( ) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2023 13:59:37
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052413593734900000069535315
Número do documento: 23052413593734900000069535315

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: 22/02/18

Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro
MÉDICO
CRM 16[illegible]-PB

MÉDICO/CRM

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2023 13:59:37
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052413593734900000069535315
Número do documento: 23052413593734900000069535315

NOME
SWILTON TAVARES BERNARDO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
3682044 SSDS PB

CPF
095.109.774-11

DATA NASCIMENTO
22/05/1992

FILIAÇÃO
ISAIAS TAVARES DA SILVA
SUELY BERNARDO DA SILVA

PERMISSÃO | ACC | CATEGORIA AB

Nº REGISTRO 05133227568

VALIDADE 10/12/2042

1ª HABILITAÇÃO 02/02/2011

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
18/12/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

81488440979
PB035931060

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1631722447

PROIBIDO PLASTIFICAR
1631722447

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2023 13:59:37
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052413593734900000069535315
Número do documento: 23052413593734900000069535315

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

LAUDO DE VISTORIA DETRAN - PB Nº 015099853025
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO PRT 20190000335509-00

VIA 1 COD. RENAVAM 00556039645 PLACA OGB7447/PB EXERCÍCIO 2019

NOME ISAIAS TAVARES DA SILVA

CHASSI 9C2JC4110DR421922

COR PRETA

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CATEGORIA PARTIC

CAP. KG/M³ 2

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ESPÉCIE/TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

PLACA ANTERIOR

MUNICÍPIO NOVO UF PB

CÓDIGO RENAVAM 27716023420

IPVA COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA

FAIXA IPVA ******** PARCELAMENTO / COTAS 0 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO ******** SEGURO P A G O PRÊMIO TOTAL R$ DATA DE PAGAMENTO 30/07/2019

OBSERVAÇÕES A.F BCO PANAMERICANO SA

JOAO PESSOA-PB 0

11805 31/07/2019

90967

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015099853025 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 1 204

2019 31/07/201

VIA 1 27716023420 OGB7447/PB

00556039645 HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2013 DÍGITO 9 9C2JC4110DR421922

PRÊMIO TARIFÁRIO ******* ******* *******

******* SEGURO P A G O

PAGAMENTO S COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE EMISSÃO 30/07/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

909670-1128011-20190731

Num. 73773247 - Pág. 16

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190690953 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: SWILTON TAVARES BERNARDO **Data do acidente:** 03/02/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. PG2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190690953 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: SWILTON TAVARES BERNARDO **Data do acidente:** 03/02/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. PG2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144638/21

Número do Sinistro: 3210184037

Vítima: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA **Data do acidente:** 01/12/2019

CPF: 066.302.394-74 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA : 066.302.394-74

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.

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08014999420238152003

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **SWILTON TAVARES BERNARDO,** em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório**,** vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento**,** bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 24 de maio de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2023 13:59:38
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052413593831600000069535317
Número do documento: 23052413593831600000069535317

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2023 13:59:38
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052413593831600000069535317
Número do documento: 23052413593831600000069535317

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2023 13:59:38
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052413593831600000069535317
Número do documento: 23052413593831600000069535317