



Número: **0801559-21.2020.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **20/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.560,16**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>GEISOM NUNES DE SOUSA (AUTOR)</b>	<b>JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO) DAYANE NUNES RAMOS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37980 686	17/12/2020 14:33	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
37980 689	17/12/2020 14:33	<a href="#"><u>2735050_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</u></a>	Outros Documentos
37980 690	17/12/2020 14:33	<a href="#"><u>2735050_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:57  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335652900000036226778>  
Número do documento: 20121714335652900000036226778

Num. 37980686 - Pág. 1



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
NUMBERO GENAL	963.683.357	DATA DE EXPEDIÇÃO	06/10/2015
NAME	CARLOS HENRIQUE TEIXEIRA PINHEIRO		
NAME	CARLOS HENRIQUE TEIXEIRA PINHEIRO ELIDA MARIA VIEIRA PINHEIRO		
RESIDENCE	FORTALEZA CE		
DOC. ORIGINA	CERT. N.º CDO-DIV-1-8-03 F-04 80-787 200 LUIS DA CUNHA SC-CARHORIL UNICO CARTORIO		
975.413.633-53			1a. 918
Data: 21/11/2018			
LEI N.º 7.116 DE 29/08/83			

21 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>  
Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 1



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.274.045
DATA DE EXPEDIÇÃO 15/08/2014	
NOME GEISOM NUNES DE SOUSA	
FILIAÇÃO	GERALDO BATISTA DE SOUSA MARIA DAS MERCÉDES NUNES DE SOUSA
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
SOUSA-PB	04/07/1998
DOC. ORIGEM	
NASC. N. 8917 FLS. 278 LIV. 6	
CARTÓRIO SÃO J. L. TAPADA-PB	
127.361.484-44	
ASSINATURA DO CARTÓRIO	
LEI N° 7.116 DE 25/06/89	

21 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>  
Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 2

Dra. Danyelle Dias Nobre Cartaxo

Graduada pela Faculdade Santa Maria.  
Formação em Perícia e Assistência Técnica Judicial para Fisioterapeutas.

## Atestado Fisioterapêutico

Trata-se do Paciente Geisom Nunes de Sousa, 20 anos, vítima de acidente com moto (colisão moto x animal) no município de São José da Lagoa Tapada- PB no dia 15/08/2018 com BO de número 2012/2018.

Apresentava, em decorrência do acidente, fratura fechada na diáfise do rádio esquerdo e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a imobilização na região do antebraço esquerdo com uso de tala gessada por um período de 10 dias, posteriormente o mesmo foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento da fratura no osso do antebraço esquerdo com redução + fixação com colocação de 01 placa de titânio + 07 parafusos metálicos e tratamento conservador com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. O mesmo relata que realizou 20 sessões de fisioterapia e recebeu alta definitiva em 26/11/2018.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Antebraço esquerdo apresenta 01 cicatriz linear, plana com cerca de 10cm disposta em sentido longitudinal, localizado na face medial do antebraço esquerdo (Cicatriz de acesso cirúrgico), edema residual muito importante, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão, ausência de força muscular dos movimentos de flexão e extensão, parestesia e diminuição da ADM do antebraço esquerdo para as AVDs.

Do exposto, concluo que há debilidade permanente e limitação em 75% da capacidade funcional do antebraço esquerdo.

Dra Danyelle Cartaxo

Fisioterapeuta

CREATO 191777-7

COFFITO, Resolução nº. 381, de 03 de novembro de 2010, Dispõe em seu artigo 1º que o fisioterapeuta no âmbito de sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial.

26 DEZ 2018



Sousa, 18.12.2018

Dra Danyelle Cartaxo

Fisioterapeuta

CREFITO 191777-7

Danyelle Dias Nobre Cartaxo

CREFITO: 191777-7



COFFITO, Resolução nº, 381, de 03 de novembro de 2010, Dispõe em seu artigo 1º que o fisioterapeuta no âmbito de sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial.

26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>  
Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 4

**RESOLUÇÃO N°. 381/2010**

**CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL**  
**RESOLUÇÃO n°. 381, DE NOVEMBRO DE 2010.**

Dispõe sobre a elaboração e emissão pelo Fisioterapeuta de atestados, pareceres e laudos periciais.

O Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no exercício de suas atribuições e regimentais, em sua 208º Reunião Plenária Ordinária, realizada no dia 03 de novembro de 2010, em sua subsede, situada na Rua Napoleão de Barros, nº. 471, Vila Clementino, São Paulo-SP:

CONSIDERANDO suas prerrogativas legais dispostas na Lei Federal 6.316 de 17/12/1975;  
CONSIDERANDO o disposto na norma do parágrafo 1º do artigo 145, da Lei 5.869/73 e suas alterações;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO nº 80, de 09 de maio de 1987;  
CONSIDERANDO o disposto na norma do artigo 5º da Resolução COFFITO nº 123 de 19 de março de 1991;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO nº 259, de 18 de dezembro de 2003;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução do Conselho Nacional de Educação/CES nº 4 de 19/02/2002, que estabelece as diretrizes curriculares para a formação profissional do Fisioterapeuta;

Resolve:

**Artigo 1º.** O Fisioterapeuta no âmbito da sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado, ou laudo pericial indicando o grau de capacidade ou incapacidade funcional, com vistas a apontar competências ou incompetências laborais (transitórias ou definitivas), mudanças ou adaptações nas funcionalidades (transitórias ou definitivas) e seus defeitos no desempenho laboral em razão das seguintes solicitações:

- a) demanda judicial;
- b) readaptação no ambiente de trabalho;
- c) afastamento do ambiente de trabalho para a eficácia do tratamento fisioterapêutico;
- d) instrução de pedido administrativo ou judicial de aposentados por invalidez (incompetência laboral definitiva);
- e) instrução de processos administrativo ou sindicâncias no setor público (em conformidade com a Lei 9.784/99) ou no setor privado e
- f) e onde mais se fizerem necessários os instrumentos referidos neste artigo.

\*\*\* É de suma importância ressaltar que as perícias judiciais ou assistenciais técnicas não devem ser efetivadas, exclusivamente, por profissionais médicos, mas por pessoas graduadas que tenham conhecimento científico a respeito daquilo que está sendo periciado. **In casu, o Fisioterapeuta é profissional com conhecimento científico suficiente para atender e proferir um laudo sobre fisiologia, anatomia ou semiologia do corpo humano, baseado na biofísica, bioquímica, cinesiologia, biomecânica e em outras ciências básicas, até porque trata de doenças comprometedoras de movimentos ou funções orgânicas e suas consequências, mediante promoção de movimento ativo ou passivo dos próprios doentes, usado recursos diversos, como: massagem, ginástica e reeducação funcional.**

26 DEZ 2018

Atenciosamente, **Danyelle Dias Nobre Cartaxo**

**FISIOTERAPEUTA CREFITO 1: 191777-7**

e-mail: [danyfisiocz@hotmail.com](mailto:danyfisiocz@hotmail.com)



**Not intended for official interpretation.**



26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>  
Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 6

**Not intended for official interpretation.**



26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>  
Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 7

DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA	DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
18/09/2018	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			
19/09/2018	Sto. Proposta	<del>Sto.</del>			
25/09/2018	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			
26/09/2018	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			
02/10/2018	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			
03/10/2018	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			
10/10/2018	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			
11/10/2018	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			
17/10/2018	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			
18/10/2018	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			
05/11/2018	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			
06/11/2018	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			
12/11/18	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			
13/11/18	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			
20/11/18	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			
26/11/18	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			
27/11/18	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			
03/12/18	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			
04/12/18	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			
11/12/18	Sto. Proposta.	<del>Sto.</del>			

26 DEZ 2018





**Prefeitura Municipal  
São José da Lagoa Tapada**

*Secretaria de Saúde*

**Fisioterapia**

**Posto de Saúde  
Unidade Mista Cacilda Braga**

SUS: 898 0023 5386 8181. DN: 04041198

Nome: Gelson Vrumer de Souza  
Endereço: Jd. Caubear.

AGENTE DE SAÚDE: Júccina  
DATA: 18/10/2018

26 DEZ 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>

Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 9





GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria de Saúde  
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Class 2 in 4.2

1911-12

Ex. *Ensis pallidus* in  $\text{P}_{1-2}$  (E)

18. 19. 20. 21.

• Fix  $fr \in \mathcal{C}$

2010 de Febrero  
Medico  
CRM-PB-3093

27/2/19

Rua José Facundo de Lira, S/N – CEP: 55802-180  
FONES: 3522.2774/3522.6183 – SOUSA – PR

GOVERNO  
DA PARÁ

26 DEZ 2018





ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA  
DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES



130712

MAT.:

Nome: Geisom Nunes de Souza Bloco: 1 Apt.º: 102 Leito: 1  
D.N.: 09/03/98 Est. Civil: Solteiro Resp.: Geraldo Batista de Souza  
Rua: Sítio Pilões Cidade: S. J. P. Tapada Est.: 03  
Médico Assistente: Dr. Clínica: Ortopédica  
Data da Internação: 23/08/2018 Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_

ANAMNESE: Defeito no antebraço esquerdo.

Queixa Principal: Defeito no antebraço (C+ Coluna)

História da Doença Atual: Perdeu uso do antebraço  
perto de 2.º dia de feijada, quando colidiu com  
pimenta.

EXAME FÍSICO:

- dor
- edema
- D.I. fratura
- grande deformidade no  
antebraço esquerdo

DIAGNÓSTICO:

Fratura do antebraço esquerdo.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha Formiga  
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 1024-CBM-RN 4228  
TELE-3637 40-530654

26 DEZ. 2018



Nome do Paciente

Nº Prontuário

130712

Data Operação	24/08/2018	Enf.	Leito
Operador	Denis Ribeiro	1.º Auxiliar	
2.º Auxiliar		3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesista	Juglielmo Júnior	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fractura do metatarso esquerdo		
Tipo de Operação	Osteomíse do metatarso (E) (fixa do rádio).		
Diagnóstico Pós Operatório	Fractura da diáfise do rádio.		
Relatório Imediato do Patologista	N/A		
Exame Radiológico no Ato	N/A		
Acidente Durante a Operação	N/A		
Dr. Denis Ribeiro Formiga ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 705 CRM-RN 4228 AN-52.654 TECIT-987			

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Dr. Denis Ribeiro Formiga  
 ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM-PB 705 CRM-RN 4228  
 TECIT-987 AN-52.654

26 DEZ 2018





Estado da Paraíba  
HOSPITAL REGIONAL DE SOU

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

Nome: <u>Gisele V. M. M.</u>		Idade: <u>17</u>	Cor: <u>Clara</u>	Enfermaria: <u>10</u>	Leito: <u>10</u>	Categoria: <u>Leve</u>
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO		RELATÓRIO		
<u>09/08/2008</u>	1) Dosis 1000 mg. 1 vez/dia. P.C. 24h. 2) Sintomas - 0. P. 1000 mg. 1 vez/dia. 3) Fimex 1000 mg. 1 vez/dia. 4) Ivermectina. 100 mg. 1 vez/dia. 5) Amoxil 500 mg. 1 vez/dia.	12h	12h	1) Sintomas de infecção aguda. Fazendo uso de medicamentos prescritos. Melhorando.		
	Denis Roche CRM 7054	→ <u>Alcance à Diárea, flatulência e dores</u>		1) Sintomas de infecção aguda. Fazendo uso de medicamentos prescritos. Melhorando.		

26 DEZ. 2018



**Not intended for official interpretation.**

GEISON HUNES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/VI/1998 M

Ombro

07/06/2018

7:39 AM

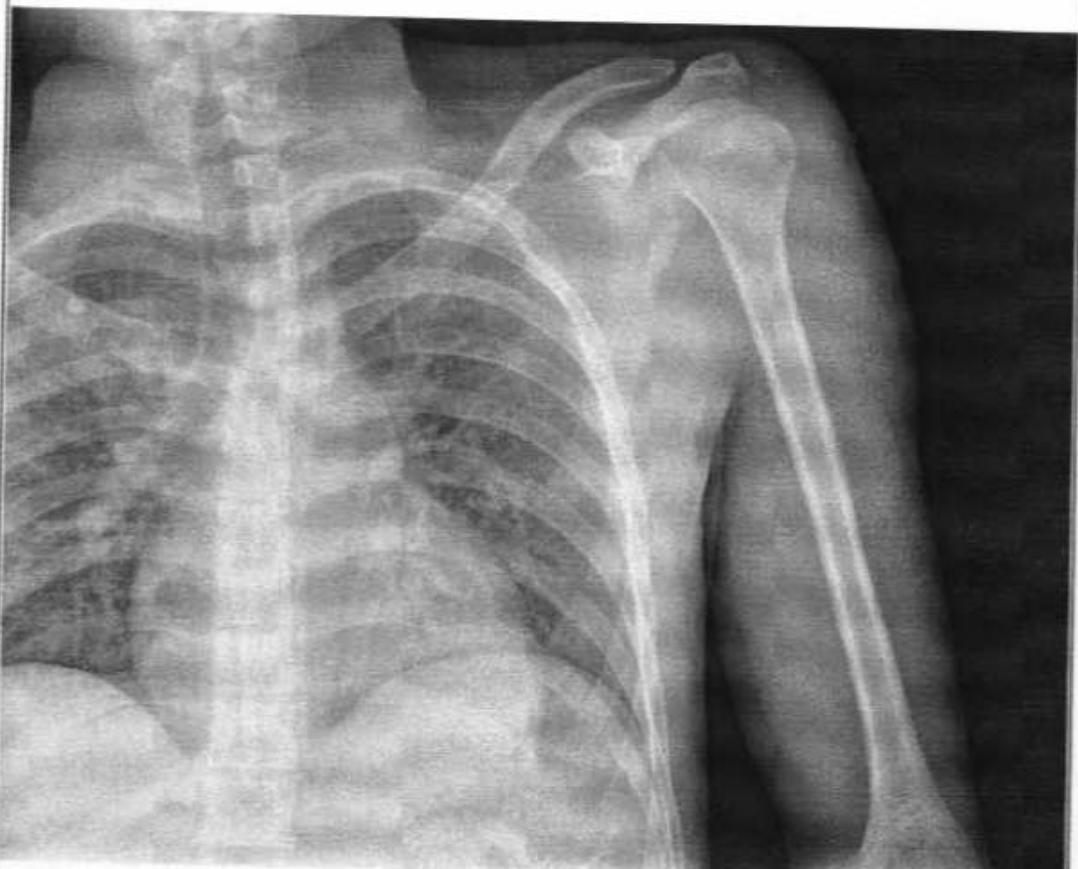
Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S200 L:4.0 FB d:0.66 g:1.37 sb:4.19 eq:1 nr:0 dc:2.5...

Zoom 100%



580 mm

L 2047

W 4095

26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>

Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 16

**Not intended for official interpretation.**

GEISON HUNES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1998 M

Rotina crânio

8/15/2018

7:52 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:0.94 g:2.4 sb:3.23 eq:0 nr:0 dc:3.7...

Zoom 100%



26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>

Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 17

**Not intended for official interpretation.**

GEISON NUHES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1998 M

Antebraço E

0/15/2018

7:41 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:1.1 g:2.72 sb:2.58 eq:1 nr:0 dc:3.3

Zoom: 100%



800 mm

L 2947

W 4095

26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>

Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 18

**Not intended for official interpretation.**

GEISON NUNES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/1/1998 M

Antebraco E

9/15/2010

7:44 AM

Initial Hospital Name

Operator/ user

- kV - mAs

UNIQUE S 200 L:4.0 SWL d:1.1 g:2.72 sb:2.56 eq:1 nr:0 dc:3.3

Zoom 100%



500 mm

L 2947

W 4095

26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>

Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 19

**Not intended for official interpretation.**

GEISON WUNES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1988 M

Antebraço E

8/15/2018

7:41 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- KV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:1.1 g:2.72 sb:2.58 eq:1 nr:0 dc:3.3

Zoom: 100%



500 mm

L 2047

W 4095

26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>

Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 20

**Not intended for official interpretation.**



26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>  
Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 21

		Hospital	HRS	
Nome do Paciente		Geizane Moreira de Souza		Nº Prontuário 132 323
Data Operação 23/01/2019	Enf.	Leito		
Operador Denis Rocha	1.º Auxiliar			
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador		
Anestesista Júnior Júnior	Tipo de Anestesia			
Diagnóstico Pré-Operatório (escolhido) Abscesso do anel do ombro esquerdo.				
Tipo de Operação Ressecção de pleura e parafimor.				
Diagnóstico Pós Operatório Abscesso do anel do ombro esquerdo (escolhido)				
Relatório Imediato do Patologista 100				
Exame Radiológico no Ato 100				
Acidente Durante a Operação 100				
<p>Dr. Denis Rocha MÉDICO CRM-PB 7054 CRM-EN 4228</p>				

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral

Aberto ao ombro do lado esquerdo, no ombro.  
Acesso - Técnica - Cefato e parafimor.  
Ressecção de pleura e parafimor, surto de pleura.  
Ombro - suspenso por fios - parafimor.  
100

Dr. Denis Rocha  
MÉDICO  
CRM-PB 7054 CRM-EN 4228

11 ABR. 2019





Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Carina Nunes

Idade:

Cor:

Enfermaria:

Leito:

Categoria:

DATA

HORÁRIO

RELATÓRIO

Prescrição Médica - Interna - DR. SUELI MOREIRA TORRES  
3) Agm. 1000g - C. 6704.16.21.09.10  
3) Moreira 1000g IV. 1000g. 14.22.08.10  
3) Spermatina 100g IV. 100g. 14.22.08.10  
3) Lomoteno 100g IV. 100g. 14.22.08.10  
3) Cimaflo

Dr. Denis Rocha  
Médico  
CAMPANHA 1004 CRM/PB 4226

Dr. Denis Rocha  
Médico  
CAMPANHA 1004 CRM/PB 4226

03/04/2020

Dr. Denis Rocha  
Médico  
CAMPANHA 1004 CRM/PB 4226

11 ABR. 2019

HOSPITAL REGIONAL DER. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES  
SOUSA - PB. 10 anos

Name: Geison Nunes de Souza Bloco: 1 Apt.": 132323  
D.N.: 04/07/98 Est. Civil: S Resp.: Geraldo P. Batista de Souza  
Rua: Sítio Baúes Cidade: S. J. B. Japade Bairro: PA  
Médico Assistente: Dr. Denis Clinica: Cirúrgicas  
Data da Internação: 02/01/2010 Peso:  Temperatura:  P.A.

ANAMNESE: Marco em acidente grave.

Queixa Principal: Pr. nos lobos de mastigação farto.

História da Doença Atual: Paro em velejo de dor em outuno grave.

EXAME FÍSICO: Pr. nos lobos  
Pr. farrapal nos  
idem nos lobos

DIAGNÓSTICO: Retirada de placa farrapal da  
pr. farrapal (P)

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha  
MÉDICO  
CRM/PB 7064 CRM/RN 4228

11 ABR. 2019



**Not intended for official interpretation.**

GEISON BURES  
20190103014008  
7/4/1996 M  
Antebraço E  
12/2019  
9:30 PM

Initial Hospital Name  
Operator name  
- kV, - mAs  
m. lde:3,3...  
Zoom 100%



11 ABR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>  
Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 25

**Not intended for official interpretation.**



11 ABR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>  
Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 26

**Not intended for official interpretation.**



11 ABR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>  
Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 27

**Not intended for official interpretation.**



11 ABR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>  
Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 28



GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria de Saúde  
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

21/12/2020

17/12/2020

Fix comissário E. L. C.  
Facundo

Fix Lira

Fix Lira

Facundo de Freitas Lira  
Medico  
CRM-PB 3893

21/12/2020

Rua José Facundo de Lira, S/N – CEP: 58802-180  
FONES: 3522.2774/3522.6183 – SOUSA – PB

GOVERNO  
DA PARAÍBA

21 NOV. 2018





MAT.: 130712

Nome: Geisom Nunes de Souza Bloco: Apt.: Leito:  
D.N.: 09.03.98 Est. Civil: Resp.: Geraldo Batista de Souza  
Rua: Sítio Guilherme Cidade: S.J.B. Tapada Est.:  
Médico Assistente: Dr. Clinica: Cirúrgica  
Data da Internação: 23/08/2018 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE: Difusão de artrose esquerda.

Queixa Principal: Difusão de artrose (E) + cirurgia.

História da Doença Atual: Fazia 10 dias surgiu de artrose da  
parte de L.J. após jogado, quando fez um  
exame.

EXAME FÍSICO:

- dor
- edema
- D.J. fúmar
- grande deformação de  
artrose esquerda

DIAGNÓSTICO: Artrose de artrose esquerda.

Procedimento:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

C.I.D.

Dr. Denis Rocha Formiga  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 054 CRM-BN 4228  
TELEFONE: 3305-4054 AN-510654

21 NOV. 2018



Hospital

H R S

Nº Prontuário

Nome do Paciente

Geijau Natan de Saixor

130712

Data Operação

24/08/2018

Enf.

Leito

Operador

Denis Ribeiro

1.º Auxiliar

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Juglielmi Júnior

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Fractura do rádio, segundo

Tipo de Operação

Ortoantrax do pulpite (E) (fratura do rádio).

Diagnóstico Pós Operatório

Fratura da diáfise do rádio

Relatório Imediato do Patologista

ADA

Exame Radiológico no Ato

ADA

Acidente Durante a Operação

ADA

Dr. Denis Ribeiro Formiga  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 7054 CRM-RN 4228  
TELEFONE: 3211-9877 AD-52.654

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Aberto via do pulpite clássico com ovo de salsicha. Fratura do rádio. Fratura em articular, agudo. Fractura. Raspas da fratura. Fratura de fratura. Fratura profunda. Fratura profunda por fratura. Fratura de fratura. Fratura de fratura.

Dr. Denis Ribeiro Formiga  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 7054 CRM-RN 4228  
TELEFONE: 3211-9877 AD-52.654

21 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781

Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 32



**Estado da Paraíba**  
**HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DER. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES**

PREScrição MÉDICA

21 NOV. 2018



**Not intended for official interpretation.**

GEISON RUISES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1996 M

Ombro

8/15/2018

7:39 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- KV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:0.66 g:1.37 sb:4,19 eq:1 nr:0 dc:2,5...

Zoom 100%



50 mm

L 2047  
W 4096

21 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>

Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 34

**Not intended for official interpretation.**

GEISON WUNES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1998 M

Rotina crânio

8/15/2018

7:52 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:0.94 g:2.4 sb:3.23 eq:0 nr:0 dc:3.7...

Zoom 100%



21 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>

Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 35

**Not intended for official interpretation.**

GEISON HUMES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1998 M

Antebraço E

8/15/2018

7:41 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:1,1 g:2,72 sb:2,58 eq:1 nr:9 dc:3,3...

Zoom 100%



580 mm

L 2047

W 4095

21 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>

Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 36

**Not intended for official interpretation.**

GEISON WUNES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/4/1998 M

Antebraço E

8/15/2018

7:41 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- KV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:1.1g:2.72 sb:2.58 eq:1 nr:0 dc:3.3...

Zoom 100%



500 mm

L 2047

W 4095

21 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>

Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 37

**Not intended for official interpretation.**



21 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>  
Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 38

**Not intended for official interpretation.**

GEISON HUMES DE SOUSA

20180815-01-0001

7/15/2018 M

Antetorsa E

8/15/2018

7:44 AM

Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE S 200 L4.0 SWL d 1.1 g 2.72 sb 2.58 eq 1 nr 0 dt 3.3

Zoom 100%



510 mm

L 2047

W 4095

21 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>

Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 39

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Mercedes Nunes Sousa,

RG nº 2114268, data de expedição 28/07/94, Órgão SSP/PB,

Portador do CPF nº 051 870 214-60, com domicílio na cidade de São José LT, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/  
Avenida/Estrada) Area Rural, nº 5/N, complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o  
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do  
acidente ocorrido com a vítima Geison Nunes de Sousa  
cujo o condutor era Geison Nunes de Sousa.

Veículo: Honda/CG 125 FAN

Modelo: 2008

Ano: 2008

Placa: MNU 54 53/PB

Chassi: 9C2JC30708R788116

Data do Acidente: 15/08/2018

Local e Data: Sousa/PB, 20/11/2018



Maria das Mercedes Nunes Sousa

Assinatura do Declarante

Geison, Nunes de Sousa

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Cartório Único de São José da Lagoa Tapada - PB  
Rua Antônio Sáenz, nº 1 - Centro - CEP: 58813-000 - Fone: (83) 3465-4050  
Órgão Titular: Cláudia Antônio Marques de Sousa

21 NOV. 2018



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de **identificação pessoal**, informações acerca da **profissão** e da **faixa de renda mensal**, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Ademir Veras Pinheiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 973.419.833/53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Geison Nunes de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 127.361.484/44, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Geison Nunes de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 127.361.484/44, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua José Facundes de Lira</u>		Número	Complemento
Bairro	<u>Gato Pinto</u>	Cidade	<u>Sousa</u>	S/N
Email	<u>verasdprat@hotmail.com</u>		Estado	CEP
			PB	<u>58800000</u>
	Telefone comercial (DDD)	<u>(83) 9.8181.8197</u>		Telefone celular (DDD)
				<u>(83) 9.9919-4307</u>

Sousa-PB, 20 de Novembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

21 NOV. 2018

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>  
Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 41

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro

RG nº 2001097006008 data de expedição 03/10/13, Órgão SSPDS/CE,

CPF nº 978.419.833-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>José Fagundes de Lira</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	<u>— 1 —</u>
Bairro	<u>Gato Preto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9 8181-8197 / (83) 9 9919-4307</u>
E-mail	<u>verasdpv@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa - PB, 25/09/2018

Assinatura do Declarante: 

### DOCUMENTO ORIGINAL

21 NOV 2018







- EDEMA  
 Ausente  Palpebral  M. Inferiores  Anasarca

- PERCUSÃO  
 Normal  Retardada (> 2 seg)  Ausente

- PULSO  
 Regular  Irregular  Fino  Cheio  Ausente

- E.C.G.  
 Normal  Alterado  Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

Agitação  Sonolência  Coma  Convulsão  Otorragia  Rígidez  Midriase

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

Abortamento  Hemorragia vaginal  Normal \_\_\_\_\_ semanas  Trabalho de parto  Outros: \_\_\_\_\_

6 - DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

- DIAGNÓSTICOS

- PROCEDIMENTOS

Desobstrução vias aéreas  Intubação Naso / Orotáqueal  Câmla Orofaringea  Cricotireidostomia  Ventilação mecânica (manual - "AMBU")  
 Respirador  Inalação de Oxigênio (02)  Drenagem torácica  Massagem cardíaca externa  Desfibrilação / Cardioversão  Controle de hemorragia  
 Curativo  Puncão venosa  Sonda gástrica  Sonda vesical  Sedação  Imobilização de membros  Colar cervical  Tala / Tração  
 Orotáqueal  Outros: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

EVOLUÇÃO / INTERCORRÊNCIAS

*A 08:15 foi acionado para atendimento de trânsito de fêmea Guia de 2000g, dor no abdômen, retorno de cálculo mediterrâneo. Consciente, orientada, encaminhada em decúbito lateral supino de postura. No antibiótico segundo, pílula corto-cortina na região de suspeição e escoriação. SSU: 19, Lax 80, F: 81, SPO2 97. Sob regulagem médica foi realizado protocolo de A/H + A/V com S/F. Encaminhado ao HRS e retornou para a base.*

ENCAMINHAMENTO

Liberado após atendimento  Recusa o atendimento  Óbito no local  Óbito durante o atendimento  Óbito durante o transporte

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

Decúbito dorsal  Decúbito lateral  Decúbito ventral  Sentado  Elevação de cabeceira (esboço)

SERVIÇO DE SAÚDE

RECUSA

NOME: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: *João Batista* CRM: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO (A) *Antonya Torniga* COREN: *501523* MAT: \_\_\_\_\_

AUX / TÉCNICO DE ENFERM.: *Nadya* COREN: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

CONDUTOR: *Júlio* CRM: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

GBF - CodB 0017

21 NOV. 2018





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Geison Nunes de Sousa | CPF da Vítima: 127.361.484-44 | Data do Acidente: 15/08/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)
<u>Verasdpvate@hotmail.com</u>	<u>(83) 9 9919-1307</u>

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:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Sousa-PB, 20 de Novembro de 2018  
Local e Data

Geison Nunes de Sousa  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

21 NOV. 2018



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

**Boletim de Ocorrência nº. 2012/2018**

Aos PRIMEIRO DIAS DE SETEMBRO DE DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SANTA CRUZ/PB, na Delegacia de Polícia Civil (Cartório da Mesma), sob a responsabilidade do(a) Excelentíssimo(a) Senhor(a) Delegado(a) de Polícia Civil Dr(a). **VICENTE HONÓRIO FILHO**, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 08h:30,min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

GEISOM NUNES DE SOUSA, conhecido(a) por GEISOM, Identidade nº 4274045/SS/PB, CPF nº 127361484-44, nacionalidade: brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: comerciante, filho(a) de Geraldo Batista de Sousa e de Maria das Mercedes Nunes de Sousa, natural de Sousa/PB, nascido(a) em 004/07/1998 (20 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Caibros, Zona Rural de São Jose da Lagoa Tapada-PB, para contato: não informou.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 15/08/2018;
- 3) **Horário do fato:** 05:00 :min;
- 4) **Local do fato:** São Jose da Lagoa Tapada-PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital Regional de Sousa ;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** Sim;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(elas) habilitado? não;**
- 8) **O veículo o qual o (a) comunicante conduzia encontra-se em dia com sua obrigações tributárias no momento do acidente?** não

**6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

VEÍCULO: MOTOCICLETA, HONDA/CG 125 FAN, COR CINZA, ANO E MODELO 2008, PLACA MNU5451/PB, CHASSI 9C2JC30708R788116, Licenciada em nome de Maria das Merces Nunes de Sousa.

**7) Testemunha(s) do fato/acidente:**

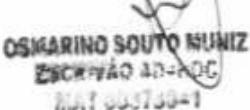
Vinicius de Noel.

**8) Breve resumo do fato:**

Que, afirma o comunicante que sofreu um acidente de transito, na data, hora e local acima descrito, quando trafegava de sua residência no endereço acima citado, sentido a Cidade de São Jose da Lagoa Tapada, conduzindo a Motocicleta, acima citada e ao chegar ao Sítio Cais, veio a colidir com um anima(jumento) na pista, caindo em seguida, sofrendo trauma pelo corpo, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu atendimento medico.

**OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:**

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

  
\_\_\_\_\_  
Comunicante  
  
OSKARINO SOUTO MUNIZ  
ESCRIVÃO ADJUNTO  
NAT 00373041

21 NOV. 2018



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL.  CPF da Vítima  Nome completo da vítima

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <i>Geison Nunes de Sousa</i>	CPF titular da conta <i>127.361.484-44</i>	Profissão <i>Recluso</i>
Endereço <i>Sítio Caibroz</i>	Número <i>5/N</i>	Complemento <i>—</i>
Bairro <i>Área Rural</i>	Cidade <i>São José da Lagoa Tapada</i>	Estado <i>PB</i>
Email <i>Verasdpvat@hotmail.com</i>	CEP <i>58815000</i>	Telefone (DDD) <i>(83) 9.9919-4307</i>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº. <i>0558</i>	D/V <input type="checkbox"/>	CONTA Nº. <i>64852 0</i>	D/V <input type="checkbox"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome <input type="text"/> <input type="text"/>			
AGÊNCIA Nº. <input type="checkbox"/>	D/V <input type="checkbox"/>	CONTA Nº. <input type="checkbox"/>	D/V <input type="checkbox"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*Sousa-PB, 20 de Novembro de 2018*

Local e Data

*Geison Nunes de Sousa*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

*21 NOV. 2018*



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2019

Aos Cuidados de: **GEISOM NUNES DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180547142**  
**GEISOM NUNES DE SOUSA**

Data do Acidente: **15/08/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180547142**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Aos Cuidados de: **GEISOM NUNES DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180547142**  
**GEISOM NUNES DE SOUSA**

Data do Acidente: **15/08/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180547142**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GEISOM NUNES DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180547142**  
Vítima: **GEISOM NUNES DE SOUSA**  
Data do Acidente: **15/08/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180547142**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13633029



00030470



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 00/00/0000

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEISOM NUNES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000064852-0

---

Nr. da Autenticação 90BD398E51A89BE7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>  
Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 53

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Geison Nunes de Sousa  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Solteiro  
Identidade: 4.274.045  
CPF: 127 361.484 44  
Profissão: Recurso  
Endereço: Sítio Cabioz, S/N - Área Rural  
São José da Lagoa Tapada / PB

**OUTORGADO:**

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Identidade: 2001097006008  
CPF: 973.419.833-53  
Profissão: EMPRESARIO  
Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, GATO PRETO, SOUSA/PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuraçao, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica, solicitar, podendo estabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro

### Obrigatório-DPVAT

para

3

5

para  
Grisson Nunes de Souza

Sous-sa P.B. 2011-2018

### Local e data

Alison names de son

Assinatura do Outorgante

21 NOV 2018



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420896/18

**Número do Sinistro:** 3180547142

**Vítima:** GEISOM NUNES DE SOUSA

**CPF:** 127.361.484-44

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/08/2018

**Titular do CPF:** GEISOM NUNES DE SOUSA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- 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.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/12/2018  
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO  
CPF: 973.419.833-53

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2018  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>  
Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 55

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180547142      **Cidade:** São José da Lagoa Tapada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEISOM NUNES DE SOUSA      **Data do acidente:** 15/08/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSÍTESE COM PLACA E PARAFUSOS.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR  
sequela: ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

**CRM:** 5258235-4

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335768800000036226781>  
Número do documento: 20121714335768800000036226781

Num. 37980689 - Pág. 56

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180547142      **Cidade:** São José da Lagoa Tapada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEISOM NUNES DE SOUSA      **Data do acidente:** 15/08/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADÃS

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

DETRAN - PB		Nº 9669613987		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO		EXERCÍCIO 2012		DATA EMISSÃO 16/03/2012	
VIA	DATA	12182425-0	08/00000000	2012	05187021460	PLACA	MNU5451/PB	EXERCÍCIO	2012
NOME		MARIA DAS MERCEDES NUNES SOUSA		ESPECIE/USO		DATA EMISSÃO		DATA EMISSÃO	
CPF/CNPJ		05187021460		CABO/CHASSI		16/03/2012		16/03/2012	
MARCHA		NOVO		COMBUSTIVEL		PLACA		PLACA	
MARCAS/MODELO		PAS/MOTOCICLETA/NO APLIC		GASOLINA		MUNICÍPIO		MUNICÍPIO	
HONDA/EG 125 FAN		ANO FAB.		ANO MOD.		NOME		NOME	
CAR/PILOT/CL.		2008		2008		DENATRAN		DENATRAN	
PAIXA LEVA		2		PARTIC		Nº CHASSI		Nº CHASSI	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA		VENC./QUITAS		PAGAMENTO		PAGAMENTO	
P IPVA ISENTO		00/00/0000		1		DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
V		PARCIALMENTO / QUITAS		2		08/03/2012		08/03/2012	
A *****		0		3*		PAGAMENTO		PAGAMENTO	
PRÉMIO TARIÁRIO (R\$)		OP (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)		PAGAMENTO		PAGAMENTO	
SEGURADORA		PAG-0		08/03/2012		PAGAMENTO		PAGAMENTO	
REST. BEN. TRIBUTÁRIO									
S. J. LAGOA - PB									
40665									
CONTIN									

21 NOV. 2018

**Seguradora Líder dos Consórcios**  
**do Seguro DPVAT S/A**

CNPJ: 09.248.608/0001-04

CNPJ: 09.959.408/2012-0316

0		16/03/2012	
S. J. LAGOA - PB		16/03/2012	
40665		11436	



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE SOUSA/PB**

**Processo: 08015592120208150371**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A,** empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GEISOM NUNES DE SOUSA**, 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:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SOUSA, 16 de dezembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:59  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335877400000036226782>  
Número do documento: 20121714335877400000036226782

Num. 37980690 - Pág. 1

**15477 - OAB/PB**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 14:33:59  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121714335877400000036226782>  
Número do documento: 20121714335877400000036226782

Num. 37980690 - Pág. 2