



Número: **0838679-92.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>EDRIZIO BORGES DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)</b> <b>JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO SEGUROS S/A (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33987 245	04/09/2020 10:07	<a href="#"><u>2747925_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDRIZIO BORGES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180556140**  
Vítima: **EDRIZIO BORGES DA SILVA**  
Data do Acidente: **13/06/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180556140**.

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 13651430

Pag. 00901/00902 - carta\_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:07:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410071761800000032512311>  
Número do documento: 20090410071761800000032512311

Num. 33987245 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3180556140      Vítima: EDRIZIO BORGES DA SILVA

Data do Acidente: 13/06/2018      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

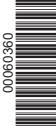
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00719/00720 - carta\_02 - INVALIDEZ



00060360

Carta nº 13723270



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:07:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410071761800000032512311>  
Número do documento: 20090410071761800000032512311

Num. 33987245 - Pág. 2

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
	668.126.907-91	Edruzio Borges da Silva

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Edruzio Borges da Silva	668.126.907-91	Aposentado
Endereço	Número	Complemento
José Gomes Ferreira	51N	
Bairro	Estado	CEP
Centro	PB	58375000
Email	Telefone (DDD)	

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"/> RECUSO 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 checked="" type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input 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"/> BANCO ITAÚ (1341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO:	CONTAB NRO:	DATA:	
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)		
<i>COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA</i>			
26 NOV. 2018			
<i>PROTÓCOLO PESSOAL</i>			
<i>João Pessoa 22 de novembro de 2018</i>			
Local e Data			
<input checked="" type="checkbox"/> Edruzio Borges da Silva		<input checked="" type="checkbox"/> Edruzio Borges da Silva	
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário		Campo 2 - Assinatura do Representante Legal	



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02215.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02215.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:46 horas do dia 16 de novembro de 2018, 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Edrizio Borges da Silva**, CPF nº 668.126.907-91, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Maria José da Silva e Pai Não Declarado, natural de Mogeiro/PB, nascido(a) em 16/12/1963 (54 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) José Gomes Ferreira, Nº S/N, bairro Centro, tendo como ponto de referência Pedrinho da Cruz, na cidade de Mogeiro/PB, telefone(s) para contato (83) 98193-4128.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Br 408, Mogeiro de Baixo, Mogeiro/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 13/06/18 13:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR 160 BROS ESDD ano e modelo: 2016/2017 de cor azul, placa: QFY 9007/PB, chassi nº 9C2KD0810HR400436, registrado em nome do notificante; QUE segundo o mesmo conduzia normalmente o seu veículo quando a mesma veio a derrapar e cair ao chão; QUE o notificante foi socorrido por terceiro para a Unidade Móvel de Urgência da cidade de Mogeiro e encaminhado para complexo Hospitalar de Mangabeira através do SAMU -conforme certidão nº 1485/2018, datado de 17/10/2018, assinado pela médica Dr.ª Rosângela Medeiros Escorel Almeida-CRM-PB 3883; QUE não quer representar criminalmente

**ADENDO(S):**

Que na data 16/11/2018, à(s) 09:57 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: DATA DE NASCIMENTO DO NOTIFICANTE, ONDE SE LER 16/12/1963, É PARA SE LER 17/12/1963.. Adendo registrado por: José Saulo Araújo 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.



Procedimento Policial: 02215.01.2018.1.00.420

1/2



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



**POLÍCIA  
CIVIL  
P A R A Í B A**

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

João Pessoa/PB, 16 de novembro de 2018.

\_\_\_\_\_  
JOSÉ SÁUL ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigacao

\_\_\_\_\_  
EDRIZIO BORGES DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 02215.01.2018.1.00.420

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:07:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410071761800000032512311>  
Número do documento: 20090410071761800000032512311

Num. 33987245 - Pág. 5



## 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 <i>Sônia Borges da Silva</i>	CPF da Vítima 668.126.907-91	Data do Acidente 13/06/2018
---------------------------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 atenda 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 Lider 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.



*Sônia Borges da Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL.001 V001/2017





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGEIRO - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE MOGEIRO  
CNPJ: 10.664.047/0001 - 03 FONE: 83 32661201

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – UNIDADE MISTA DE SAÚDE  
MOGEIRO - PB

### DECLARAÇÃO

DECLARAMOS, para todos os fins de direito, que na data de 13 / 06 / 2018, fomos acionados para atender o Sr. (a) Eduzio Borges da Silva, vítima de acidente de trânsito, oportunidade em que dirigia uma moto na cidade de Chapadinha, e ao chegar no local, o paciente se encontrava na unidade mista de saúde, consciente orientado, alcoolizado, com suspeita de fratura em tíbia esquerda (com edema e deformidade). Realizado imobilização RIE, genólise, e removido o paciente para o extratrama em faixa lisa. ID: 2102109, Hora: 13:15 min. (descrever de forma minuciosa as condições em que se deu o atendimento, indicando, se for o caso, a ocorrência de transporte para hospital, óbito, etc.)

DECLARAMOS, por último, que estamos cientes das penalidades contidas no art. 299 do Código Penal Brasileiro.



Adriana Correia de Oliveira  
COORD. DO SAMU  
USP 60  
20162197  
Márcia  
Márcia

Adriana Correia de Oliveira  
COORDENADORA DO SAMU

GRUDE

CHUM24h  
EMERGÊNCIA



**FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA**  
**REGISTRO DE CHAMADAS**  
**SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

**SECRETARIA DE  
SAÚDE +  
de MOGEIRO**  
Gente cuidando de gente

**192**

<b>CHAMADA (Telefonista)</b>	Nº <b>2 0 0 2 1 0 5</b>	DATA: <b>4 3 0 6 1 8</b>	HORA: <b>1 3</b> h <b>1 5</b> min.				
	Médico(a) Regulador(a) Dr.(a) <i>Juliano</i>	CRM:					
	MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO* <input type="checkbox"/> OUTRO*						
Solicitante:		Telefone:					
Município de Origem: <i>Mogeiro</i>							
<b>SOCORRO (Téc. em Regulação)</b>	<b>TIPO</b>	<b>QUEIXA DO SOLICITANTE</b>		<b>OBSERVAÇÕES</b>			
	<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMÁTICO	<i>Perda de Tuba</i>		Nº de Vítimas? <i>01</i>			
	<input type="checkbox"/> CASO CLÍNICO			Há quanto tempo? _____			
	<input type="checkbox"/> OBSTÉTRICO			IG			
<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO							
<b>PACIENTE (Téc. em Regulação)</b>	Nome Completo <i>Juliano Boaventura da Silva</i>			<input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. Anos <i>54</i>			
	Endereço onde se encontra o(a) Paciente (Rua, Nº, APT, Bairro, Ponto de referência) <i>Unidade médica - Mogeiro</i>						
	Nº do Documento <i>Unidade médica - Mogeiro</i>			Nº do Cartão do SUS se houver			
<b>AVALIAÇÃO DO ESTADO DO PACIENTE A DISTÂNCIA (Médico Regulador)</b>	<b>ESTADO DE CONSCIÊNCIA</b>	<b>RESPIRAÇÃO</b>	<b>PULSO</b>	<b>SANGRAMENTO</b>	<b>DOR AGUDA</b>		
	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Ouvido	<input type="checkbox"/> Abdominal		
	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Superficial	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Nariz/Boca	<input type="checkbox"/> Cefaléia		
	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Rápido	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Torácica ou		
	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Não Respira	<input type="checkbox"/> Lento	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Abdominal em idoso		
	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Outro _____		
	<input type="checkbox"/> Sem Pulso	<input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Outro				
	<input type="checkbox"/> Sem Pulso	<input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Outro				
	<input type="checkbox"/> Sem Pulso	<input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Outro				
	<input type="checkbox"/> Sem Pulso	<input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Outro				
<b>TRABALHO DE PARTO</b>		<b>TRAUMA</b>					
<input type="checkbox"/> 01 Contração / 10 min.	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Queda da própria altura	<input type="checkbox"/> PAB				
<input type="checkbox"/> 1 - 3 Contração / 10 min.	<input type="checkbox"/> Acidente Ciclistico	<input type="checkbox"/> Queda de Altura Inf. a 4 m	<input type="checkbox"/> PAF				
<input type="checkbox"/> 3 - 5 Contração / 10 min.	<input type="checkbox"/> Acidente Motociclista	<input type="checkbox"/> Queda de Altura sup. a 4 m	<input type="checkbox"/> Capotamento				
<input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Acidente Automobilístico	<input type="checkbox"/> Explosão	<input type="checkbox"/> Encarceramento				
<input type="checkbox"/> Bolsa Rota	<input type="checkbox"/> Outros <i>Contra de moto</i>	<i>28 NOV. 2018</i>	<input type="checkbox"/> Queimaduras				
<input type="checkbox"/> Sangramento							
<input type="checkbox"/> Nascimento							
<b>GRAVIDADE PRESUMIDA</b>		<input type="checkbox"/> ILESO	<input type="checkbox"/> PEQUENA	<input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA			
		<input type="checkbox"/> SEVERA	<input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA			
<b>TRANSPORTE UTILIZADO</b>	<b>MEIOS</b>	<input type="checkbox"/> USA	<input type="checkbox"/> USB	<input type="checkbox"/> UT	<input type="checkbox"/> RÁPIDO		
<b>HORÁRIOS</b>	Comunicação	Partida	Local	Partida do Local	Destino	Retorno	Base / Sam
<b>EQUIPE</b>	Médico(a)	<i>Salvador</i>			Téc. de Enfermagem	Condutor	<i>Telmo</i>
<b>APOIO SOLICITADO</b>	Corpo de Bombeiros	<input type="checkbox"/> Polícia Militar	<input type="checkbox"/> Defesa Civil	Outros			
	CPTRAN	<input type="checkbox"/> Polícia Civil	<input type="checkbox"/> INFRAERO				
	STTRANS	<input type="checkbox"/> Pol. Rod. Federal	<input type="checkbox"/> IML				
<b>INCIDENTE</b>	<input type="checkbox"/> Cancelado	<input type="checkbox"/> Recusou Remoção	<input type="checkbox"/> Outros _____				
	<input type="checkbox"/> Recusou Atendimento	<input type="checkbox"/> Óbito no Local					
	<input type="checkbox"/> Não se Encontra no Local	<input type="checkbox"/> Óbito no Transporte					

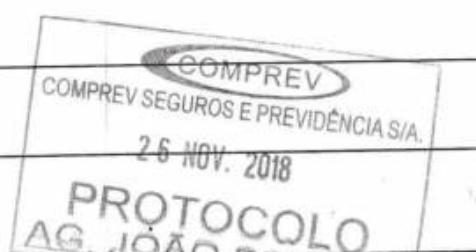
<b>AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (No cenário do Acidente)</b>	<b>ACIDENTE DE TRABALHO</b>			<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO				
	<input type="checkbox"/> Acidente com Automóvel	<input type="checkbox"/> Uso do Cinto	<input type="checkbox"/> Agressão Física					<input type="checkbox"/> Vítima Projetada		
	<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Fer. P/ Arma Branca					<input type="checkbox"/> Encarceramento		
	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Fer. P/ Arma de Fogo					<input type="checkbox"/> Afogamento		
	<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Acidente com moto	<input type="checkbox"/> Espancamento					<input type="checkbox"/> Outros _____		
	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Com Capacete	<input type="checkbox"/> Outros _____							
	<input type="checkbox"/> "Air Bag"	<input type="checkbox"/> Sem Capacete	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente ?							
	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Fogo							
	<input type="checkbox"/> Banco Dianteiro	<input type="checkbox"/> Altura Aprox. _____	<input type="checkbox"/> Outro _____							
	<input type="checkbox"/> Banco Traseiro									
<b>AVALIAÇÃO INICIAL</b>										
<b>VIAS AÉREAS</b>		<b>VENTILAÇÃO</b>			<b>CIRCULAÇÃO</b>		<b>AVAL. NEUROLÓGICA</b>			
<input type="checkbox"/> Dispneia		<input type="checkbox"/> M. V. Diminuído _____			<input type="checkbox"/> Bradicárdio		<input type="checkbox"/> A V D N			
<input type="checkbox"/> Bradipnéia		<input type="checkbox"/> M. V. Ausente			<input type="checkbox"/> Taquicárdio		<input type="checkbox"/> Miose			
<input type="checkbox"/> Traquipnéia		<input type="checkbox"/> Hipertimpanismo			<input type="checkbox"/> Arritmico		<input type="checkbox"/> Midriase			
<input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa		<input type="checkbox"/> Macicez			<input type="checkbox"/> Perfusion Periférica $\geq 2$		<input type="checkbox"/> Anisocoria _____			
<input type="checkbox"/> Obstruída		<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa			<input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> Ausente			
<input type="checkbox"/> Apnéia		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Otorréia _____			
<input type="checkbox"/> Outro _____		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Otorragia _____			
<b>SINAIS VITAIS E ESCORES</b>										
<b>HORA</b>		PA mm/hg	FC mm/hg	FR Mpm	Sat 0 <sup>2</sup> %	T. Axilar °C	Glicemias	ECG	APGAR	
INÍCIO		140/80	78	18	96	-	168	-	-	
FIM		-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA</b>										
<b>PELE</b>		<b>CABEÇA</b>		<b>FACE</b>		<b>PESCOÇO</b>		<b>TÓRAX</b>		
<input type="checkbox"/> Normocoroda		<input type="checkbox"/> Contusão		<input type="checkbox"/> Contusão		<input type="checkbox"/> Contusão		<input type="checkbox"/> Contusão		
<input type="checkbox"/> Quente		<input type="checkbox"/> Escoriações		<input type="checkbox"/> Escoriações		<input type="checkbox"/> Escoriações		<input type="checkbox"/> Escoriações		
<input type="checkbox"/> Hipocoroda		<input type="checkbox"/> Lacerações		<input type="checkbox"/> Lacerações		<input type="checkbox"/> Lacerações		<input type="checkbox"/> Lacerações		
<input type="checkbox"/> Fria		<input type="checkbox"/> Hematoma		<input type="checkbox"/> Lacerações		<input type="checkbox"/> Hematomas		<input type="checkbox"/> Distendido		
<input type="checkbox"/> Úmida		<input type="checkbox"/> Abaulamento		<input type="checkbox"/> Ferimento Ocular		<input type="checkbox"/> Desvio de Traquéia		<input type="checkbox"/> Em tábua		
<input type="checkbox"/> Seca		<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Respir. Paradoxal		
<input type="checkbox"/> Cianótica		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Doloroso		
<b>PELVE</b>		<b>COLUNA DORSAL</b>				<b>MEMBROS</b>				
<input type="checkbox"/> Contusão		<input type="checkbox"/> Contusão _____				<input type="checkbox"/> Contusão _____				
<input type="checkbox"/> Escoriações		<input type="checkbox"/> Hematoma _____				<input type="checkbox"/> Escoriações _____				
<input type="checkbox"/> Lacerações		<input type="checkbox"/> Dor _____				<input type="checkbox"/> Lacerações _____				
<input type="checkbox"/> Dor		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Instabilidade		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				
<b>AVALIAÇÃO CARDÍACA</b>		<b>AFECCÃO CLÍNICA</b>				<b>HISTÓRIA PREGRESSA</b>				
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal		<input type="checkbox"/> Respiratória				<input type="checkbox"/> Diabetes				
<input type="checkbox"/> Taquicardia		<input type="checkbox"/> Neurológica				<input type="checkbox"/> Cardiopatia				
<input type="checkbox"/> Flutter		<input type="checkbox"/> Psiquiátrica				<input type="checkbox"/> HAS				
<input type="checkbox"/> Braquicardia		<input type="checkbox"/> Metabólica				<input type="checkbox"/> Alergias				
<input type="checkbox"/> Fibrilação Átria		<input type="checkbox"/> Cárdiovascular				<input type="checkbox"/> Outros				
<input type="checkbox"/> Fibrilação Ventricular		<input type="checkbox"/> Digestiva				<input type="checkbox"/> Medicamentos em uso _____				
<input type="checkbox"/> Assistólia		<input type="checkbox"/> Infecciosa								
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Obstétrica								
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Pediátrica								
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Outra _____								
<b>GRAVIDADE COMPROVADA</b>		<input type="checkbox"/> ILESO		<input type="checkbox"/> PEQUENA		<input type="checkbox"/> MÉDIA				
		<input type="checkbox"/> SEVERA		<input type="checkbox"/> MORTE		<input type="checkbox"/> INDETERMINADA				

PROCEDIMENTOS REALIZADOS						
<input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Aspiração de Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Cânula Nasal / Orofaringeana <input type="checkbox"/> Entubação Traqueal _____ <input type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> Via Nasal <input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia <input type="checkbox"/> Punção Venosa <input type="checkbox"/> Dissecção Venosa						
<input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Toracocentese <input checked="" type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção <input type="checkbox"/> Intra-Ósseo <input type="checkbox"/> Ventilação <input type="checkbox"/> Monitorização <input type="checkbox"/> Cardioversão						
<input type="checkbox"/> Curativo Compressivo <input type="checkbox"/> Colar Cervical <input type="checkbox"/> KED <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização <i>tubar cervical</i> <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Outros _____						
TERAPÉUTICA INSTITUIDA						
	REPOSIÇÃO VOLÊMICA	VOLUME	MEDICAÇÕES	DOSE	VIA	HORÁRIO
	RINER LACTATO	500 ml	-	-	EV	13:40
	SOL. FISIOLÓGICO 0,9%					
	SOL. GLICOSADO 0,5%					
	OUTRO					
DESTINO DO(A) PACIENTE						
	<input type="checkbox"/> ISEA <input type="checkbox"/> FAP <input type="checkbox"/> CLPSI <input type="checkbox"/> HOSP. UNIVERSITÁRIO <input type="checkbox"/> UPA <input type="checkbox"/> HOSP. DA CRIANÇA	<input type="checkbox"/> HOSP. ANTÔNIO TARGINO <input type="checkbox"/> HOSP. DE URGÊNCIA E TRAUMA <input type="checkbox"/> HOSP. JOÃO XXIII <input type="checkbox"/> HOSP. PEDRO I <input type="checkbox"/> HOSP. DR. MAIA <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO <i>outra trauma - Traumato</i> <i>Ma Virginia L. da Costa</i> <i>Clinique Geral</i>				
ASSINATURA E CÂMBIO DO MÉDICO (UNIDADE DE DESTINO)						
PERTENÇES DO PACIENTE						
	Descrição: _____					
	Nome do Receptor: _____					
	Função do Receptor: _____					
	Assinatura do Receptor: _____					
TERMOS DE RECUSA	Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU / Mogeiro - PB nesta oportunidade:					
	Assinatura do paciente responsável: _____ PB _____					
EQUIPE	<i>Tiago (condutor)</i> <i>MÉDICO DA VIATURA</i>			<i>SUELI MOREIRA TORRES</i> <i>ENFERMEIRA</i> <i>COPREV - PB 408.934</i> <i>ENFERMAGEM</i>		

## EVOLUÇÃO CLÍNICA E TRAUMATOLÓGICA

Paciente vítima de queda de moto, encamada na  
 unidade: moto lateral envolvida, encamada, arroligado,  
 com suspeita de fratura em tibia esquerda (edema  
 e deformidade). Realizada imobilização de membro  
 inferior esquerdo, com suporte (equipe da UU) e  
 feita transferência para orto trauma - JP.

Suelio M. de Souza - 20.000  
 ENFERMEIRA  
 COSEN - PB 408.534



ESCALA DE COMA GLASGOW			
	ADULTOS	MENORES DE 5 ANOS	ESCALA
ABERTURA OCULAR	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4
	Com Estímulos Auditivos	Com Estímulos Auditivos	3
	Com Estímulos Dolorosos	Com Estímulos Dolorosos	2
	Não Abre os Olhos	Não Abre os Olhos	1
	Orientado	Balbucia	5
	Confuso	Choro Irritado	4
	Palavras Inapropriadas	Choro a dor	3
	Sons ou Germidos	Gemido a Dor	2
	Nenhum	Nenhum	1
	Obedece Solicitações	Movimentos Espontâneos	6
MELHOR RESPOSTA ORAL	Localizar Dor	Retira ao Toque	5
	Flexão Normal	Retira a Dor	4
	Flexão Anormal	Flexão Normal	3
	Extensão a Dor	Flexão Anormal	2
	Nenhum	Nenhum	1

ESCALA DE COMA GLASGOW

15

ESCORE DO TRAUMA		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (respiq)	10-24	4
	25-35	3
	≥36	2
	01-09	1
	0	5
PRESSÃO SISTÓLICA (MOV. / MIN.)	>90	4
	70-89	3
	50-59	2
	01-49	1
	0	6
ESCALA GLASGOW	14 a 15	5
	11 a 13	4
	8 a 10	3
	5 a 7	2
	3 a 4	1

ESCORE TRAUMA



# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: EDRIZIO BORGES DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06824

CONTA: 00000009435-0

---

Autenticação:

47C40D1BEB22590A32F86947B5D49C45AFF5320C25562F4E5C271C4D3A22EF5F



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:07:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410071761800000032512311>  
Número do documento: 20090410071761800000032512311

Num. 33987245 - Pág. 12







## 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 Alexandra Geral Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046-502-754-1-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edwilio Borges ida Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 668-326-907-91, do sinistro de DPVAT cobertura Finalidade / Pamb da Vítima, Edwilio Borges ida Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 668-326-907-91, 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 Líder-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	Cidade	Número	Complemento
R. Agente Fiscal José B. Duarte	João Pessoa	157	
Changabeira		PA	58036-384
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 30 de Dezembro de 2018  
Local e Data

Alexandra Geral Duarte  
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:07:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410071761800000032512311>  
Número do documento: 20090410071761800000032512311

Num. 33987245 - Pág. 15



## CERTIDÃO

Nº. 1485/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 136422 e Prontuário nº 2018.06.001754 pertencentes a **EDRIZIO BORGES SILVA** que foi atendido dia 13/06/2018 ás 15H28min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura diafisária de tibia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/06/2018 com alta médica dia 22/06/2018.

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

João Pessoa, 17 de outubro de 2018



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: 136422 Atd: Nao Regula  
Data: 13/06/2018  
Hora: 15:28:17  
Repcionista: JUSSARA MANUELA BENTO  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDRIZIO BORGES DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

CNS: 704207221029186 Sexo: M IDENTIDADE: 073845356 Fone: 0

Num. Prontuario: 2018.06.001754

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 17/12/1963 Id: 54 ano(s)

End.: R-JOSE GOMES FERREIRA,OFONE 021998304142

Bairro: CENTRO Cidade: MOGEIRO UF :PB

Mae: MARIA JOSE DA SILVA

Pai: IGNORADO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: APOSENTADO

Estado Civil: DIVORCIADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: SAMU+A IRMA (SALETE BORGES)

Tel/Doc. Responsavel: 192 / SEM DOCUMENTO: SD

Pré-doença: RUA

Tipo de esporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO (CONDUTOR) AS 13HS

Vitima de violência por: \*PROX. A SUA CASA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

Qua a Principal

Observacao

QUEM DE MOTO

TRAZIDO PELO SAMU

Homem com história de acidente de moto caiu  
má + 3h (queda) queixas - se de dor na perna  
e dor no abdômen.

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

COMPROVANTE

SEGURAS E PREVIDÊNCIAS S.A.

26 NOV. 2018

PROTÓCOLO

Diagnóstico

Conduta

Nega queixas torácicas; não apresenta des-  
conforto respiratório.

Horário da medicacão

Nega queixas abdominais.

Não tem sínais de falanges em MMSS.

Nega alergia medicamentosa; patologias pr-

incipientes ou medicadas.



<sup>10</sup> escavações em penha E, falso E e  
pé E.

As exame: EGR; eufneico; corado; aeromotriz  
NOTE: estavel.

~~Neop~~' vR

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

conduta = constante energética + curvatura

Sol. Rx de peña E, foellos E e  
bonazos E.

Sol. Parecer da ortopedia.

liberado da ci. geral

## Tetanogramm

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Otros Medicamentos | Dosis | Horario | Evaluación

PP: POR LOS PECES DE PER TANDEM 01050.

A rectangular stamp with a double-lined border. The word 'PROTOCOLO' is at the top, followed by 'de PESSOA' on the right. In the center, the date '26/10/2018' is printed above a dashed horizontal line for a signature.

-----

## DESTINO DO PACIENTE

- [ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Saete Borges da Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

**Assinatura e Carimbo do Medico**





Nome: <i>Edrício Borges da Silva</i>				Registro:
Idade: <i>54a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP: _____ LR: _____
Data: <i>20 /06 /2018</i>		Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Thales Couceiro</i>		2º Assistente: <i>Valdeban (R1)</i>		
Anestesista: <i>Luis Eduardo Imbelloni</i>		Instrumentador: <i>Paulo</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO CID				
<i>Fratura do 1/3 Distal de Tibia Esquerda</i> S82.4				
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO CID				
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) CÓDIGO				
<i>Osteossíntese de Fratura de Tibia</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não				
Descreva:				
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico				



## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

**Incisão:**

Incisão em 1/3 distal da perna esquerda

Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério

Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tibia

**Achados:**

Visualização de foco de fratura da tibia

**Conduta:**

Realizada manobra de redução

Aposição de 01 Placa em "T" Ø 4.5mm + 07 Parafusos corticais + 01 parafuso esponjoso

Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

**Fechamento:**

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

**OBS:**

Data: 20/06/18

Dra. Andre Galvão  
Traumatologia  
CRM-PB 9603  
MEDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Ednizio Borges da Silva Data da Admissão: 13/06/18  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
QPD: \_\_\_\_\_  
ADA: \_\_\_\_\_  
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  
[ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_  
**ABD:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematemese [ ]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-reposo [ ]Deformidades  
[ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos  
**SN e PSQ:** [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



**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: PXHipóteses Diagnósticas: Fx disfisiúria do fíbro (E)Conduta: Otovasimentose do fíbro (E)

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9126 - SBO 9603

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME <i>Edrício Borges da Silva</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>54 anos</i>	SEXO <i>Mas</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>13 /06 /2018</i>		DATA DE ALTA <i>22 /06 /2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>09 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Terço Médio da Tibia Esquerda</i>				CID	<i>S82.3</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( ) ÓBITO					

**RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)**

Paciente portador(a) de fratura do 1/3 proximal da Tibia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese. Recebe alta em boas condições clínicas. Recebeu orientações com relação ao uso de medicação antiabótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

**ORIENTAÇÕES PÓS ALTA**

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**REPOUSO:** Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol), Pradaxa.

**RETORNO:** Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **21** dias para revisão.

<i>22.06.2018</i>		<b>COMPREV</b> COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	<b>Dr. Alexandre Galvão</b> Ortopedia e Traumatologia CRM 9128 SBO 9603 ASS. MÉDICO / C.R.M
DATA			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO			

**PROTOCOLO**  
AO JOAO SJOA





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:07:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410071761800000032512311>  
Número do documento: 20090410071761800000032512311

Num. 33987245 - Pág. 24



NÚMERO DO CADASTRO:	2 3 9 9 6 2 8	1 - CPF	2 - CGC	2	1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 0 1 2 8
NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY					
ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB					
BAIRRO: MANGABEIRA II		MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA		UF: PARAÍBA	
PACIENTE: <i>Edrício Borges da Silva</i>		IDENTIDADE:		IDADE:	
ENDERECO:		ORIGEM			
		( ) PAM _____			
		( ) SES _____			
		( ) SSM _____			
DADOS CLÍNICOS <i>Fratura de Ossos da Perna E</i>		ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE			
MATERIAL A EXAMINAR					
EXAMES SOLICITADOS <i>Rx da Perna AP/P</i>		<i>Dr. Alexandre Galvão</i> Ortopedia e Traumatologia COM 9128 SBT 9603			
DATA: <i>00/00/2018</i>		<i>conforme data de</i> <i>retorno ambulatorio</i>			
CARIMBO E ASSINATURA					

NÚMERO DO CADASTRO:	2 3 9 9 6 2 8	1 - CPF	2 - CGC	2	1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 0 1 2 8
NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY					
ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB					
BAIRRO: MANGABEIRA II		MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA		UF: PARAÍBA	
PACIENTE:		IDENTIDADE:		IDADE:	
ENDERECO: <i>Edrício Borges da Silva</i>		ORIGEM			
		( ) PAM _____			
		( ) SES _____			
		( ) SSM _____			
DADOS CLÍNICOS <i>Fratura de Ossos da Perna</i>		ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE			
MATERIAL A EXAMINAR					
EXAMES SOLICITADOS <i>Rx da Perna AP/P</i>		<i>Dr. Alexandre Galvão</i> Ortopedia e Traumatologia COM 9128 SBT 9603			
DATA: <i>00/00/2018</i>		<i>conforme data de retorno</i>			
CARIMBO E ASSINATURA					





P/ Edrizio Borges da Silva  
Laudo Médico

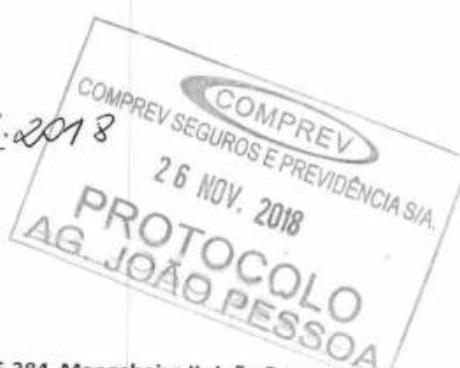
Paciente vítima de trauma em perna resultando em fratura da tibia direita foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese , encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 120 (cento e vinte) dias a contar da data abaixo.

CID: S82.4

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128 SBOT 9.603

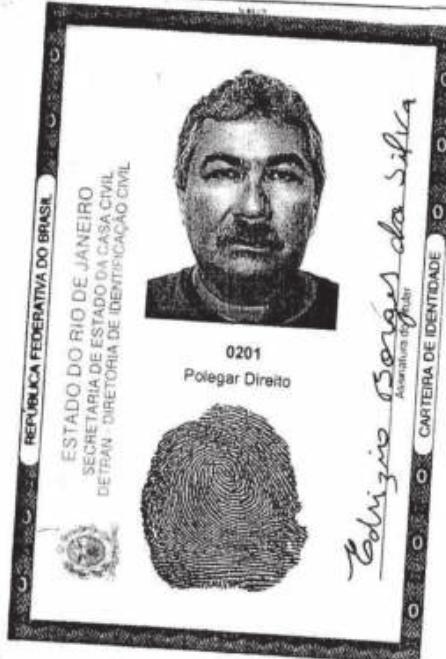
DR. ALEXANDRE GALVÃO  
CRM 9.128-PB SBOT 9.603

73.06.2018



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	07.384.535-6	DATA DE EXPEDIÇÃO	19/06/2015
NOME <b>EDRIZIO BORGES DA SILVA</b>			
FILIAÇÃO			
MARIA JOSE DA SILVA		DATA DE NASCIMENTO	
NATURALIDADE	17/12/1963		
PARAÍBA			
DOC. ORIGEM	C. CASM LIV 00078B FLS 125 TERM 0035211 C 011		
C. CASM	LIV	00078B	FLS 125 TERM 0035211 C 011
RIO DE JANEIRO	RJ		
CPF	668.126.907-91		
001	2	VW	<i>Foto</i>
RÉ CARLOS DE SOUZA MACHADO PRESIDENTE DO DETRAN/RJ (03514889)			
LEI Nº 7.118 DE 29/08/83			

5201  
COMPREV  
CPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
26 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DENATRAN	
DETTRAN - PB CERTIFICADO DE PROTEÇÃO 2017-0000045295 VÉHICULO VIA 1 0110224683-0 00/00000000 EX 2017	
EDRIZIO BORGES DA SILVA	
66812690791 QFY9007/PB	
NOVO A ANTO UFPB 9C2KD0810HR400436	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCOO/GASOL	
HONDA/NXR160 BROS EEDL 2016 2017	
2 P/162 /CI PARTEC AZUL REDOMINANTE	
COTA UNICA 00/00/0000 VENC / COTAS 1 <sup>a</sup>	
IPV *** * * * * PARCELAMENTO / COTAS 2 <sup>a</sup>	
A 3 <sup>a</sup>	
PREMIO TARIFARIO SEGURO PAGO 27/07/2017	
A.F ADN DE CONCEPÇÃO HONDA LTDA	
MOGEIR 826 01/08/2017 DATA 19607	
EXPIRAÇÃO	

SEGURADORALIDER.COM.BR  
SAC DPVAT 0800-022-1204

2017 01/08/2017  
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

EDRIZIO BORGES DA SILVA  
CPF / CNPJ PLACA

VIA RENAVAM MARCA / MODELO

66812690791 QFY9007/PB

01102246830 HONDA/NXR160 BROS ES  
PRÊMIO TARIFARIO

2016 9 9C2KD0810HR400436

CUSTO DO BILHETE (R\$) 10F (R\$) 10F (R\$) 00 SERVICO PELO SEGUNDO FUTURO  
\*\*\*\*\* SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE CANCELAMENTO  
 COTA UNICA  PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.608/0001-04  
19607-0803286-20170801



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180556140**

Nome do(a) Examinado(a): **EDRIZIO BORGES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA JOSE GOMES FERREIRA, S/N - CENTRO - Mogeiro - PB - CEP 58375-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **073845356**

Data e local do acidente: [ **13/06/2018** ] **MOGEIRO**

Data e local do exame: [ **20/12/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DA TÍBIA À ESQUERDA.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, DOR À PALPAÇÃO E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [    ] Não

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

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE.**

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

[ **X** ] Sim [    ] Não

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

**Limitação funcional do tornozelo esquerdo**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

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



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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

**Tornozelo esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

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



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180556140      **Cidade:** Mogi das Cruzes      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDRIZIO BORGES DA SILVA      **Data do acidente:** 13/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA À ESQUERDA.

**Descrição do exame** AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, DOR À PALPAÇÃO E LIMITAÇÃO MODERADA DOS  
**médico pericial:** MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 20/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Lopes Soares

**CRM do médico:** 6144

**UF do CRM do médico:** PB

### 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>		<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>	

### PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO

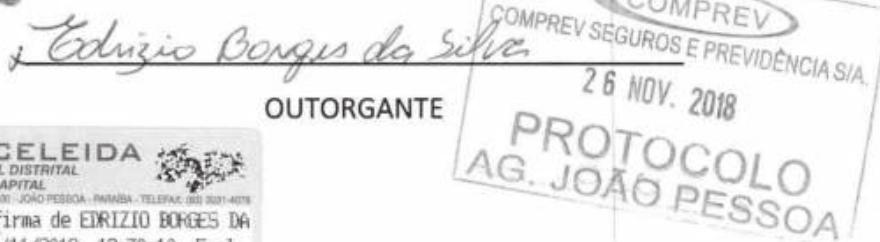
**OUTORGANTE:**

EDRIZIO BORGES DA SILVA,  
brasileiro(a), estado civil Anuariado, profissão  
Aposentado, CI RG nº 07.384.535-6-, CPF/MF nº 668.326.907-9 residente e domiciliado(a) à Rua  
R. José Gomes Ferreira, 511 Centro,  
Cidade de Mangabeira, Estado  
Paraíba, CEP: 583.73.000, telefone  
(83) 99305.5363, 98663.4900.

**OUTORGADO:** ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74  
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José  
C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

**PODERES:** O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:  
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Sao Joaquim PB, 16 de novembro de 2018.



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

RUA JOSÉ CELINO KUBITSCHEN, 819 - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFONE: (83) 3231-4078

Reconheço Por Autenticidade a firma de EDRIZIO BORGES DA SILVA,[116034], J.Pessoa-PB, 16/11/2018 12:30:10 Emol R\$9,48 Farpen:R\$0,28 Fepi:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em test da verdade. Tabelia CELIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo Digital AHU88735-GEN0 Consulte em <http://tabelia.com.br>

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:07:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410071761800000032512311>

Número do documento: 20090410071761800000032512311

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427465/18

Número do Sinistro: 3180556140

Vítima: EDRIZIO BORGES DA SILVA

CPF: 668.126.907-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/06/2018

Titular do CPF: EDRIZIO BORGES DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Declaração Circular SUSEP 445/12

### 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: 11/12/2018  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:07:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410071761800000032512311>  
Número do documento: 20090410071761800000032512311

Num. 33987245 - Pág. 33