


PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
4ª Vara Cível
Processo 0821759-43.2020.8.23.0010

Comarca: BOA VISTA
Data de 26/08/2020 **Situação:** Público
Classe 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Data Distribuição: 26/08/2020 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

Parte(s) do

Tipo: Promovente
Nome: WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA
Data de Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 547.662.062-15
Filiação: /

Advogado(s) da Parte

1950NRR EDLANE LEÃO DE ALBUQUERQUE
 1832NRR MARLON TAVARES DANTAS
 1743NRR ELINEIVA COSTA SILVA

Tipo: Promovido
Nome: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
Data de Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

Advogado(s) da Parte

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Data: 26/08/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL

Por: MARLON TAVARES DANTAS

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição Inicial
- Procuração
- Declaração de residencia
- Declaração de Hipossuficiência
- Declaração de trabalhador autônomo
- Carteira de trabalho
- Boletim de ocorrência
- Guia de atendimento SAMU
- Doc. médicos
- Raio-X
- Comprovante de sinistro



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA.... VARA CÍVEL DA
COMARCA DE BOA VISTA-RR.**



WILDSON EMANUEL DOS SANTOS SILVA, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portador da cédula de identidade nº 3874893 SSP/RR e inscrito no CPF sob o nº 547.662.062-15, residente e domiciliado nesta cidade na Rua Rosa O. de Araujo, nº 2119, Bairro: Santa luzia, CEP: 69.317-103, com o seguinte telefone (95) 99111-5759, por seu advogado ***in fine*** assinado (procuração anexa), vêm perante a ilustre presença de Vossa Excelência, propor a presente





ACÇÃO DE COBRANÇA

Em face da empresa **LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, CNPJ 09.248.608/0001-04, localizada no endereço Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, CENTRO, Rio de Janeiro-RJ, CEP 20031-205, Tel. (21) 3861-4600), tendo em vista as razões de fato e de direito a seguir:

DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA

O requerente não tem condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do seu sustento e de sua família. Nesse sentido, junta-se declaração de hipossuficiência.

Por tais razões, pleiteiam-se os benefícios da Justiça Gratuita, assegurados pela Constituição Federal, artigo 5º, LXXIV da CF/88 e pela Lei 13.105/2015, artigo 98 e seguintes do CPC.

DOS FATOS

O reclamante foi vítima de acidente automobilístico na data de **21 de janeiro de 2020**, na cidade de Boa Vista-RR, conforme **(boletim de ocorrência, ROP e prontuário médico)**, em anexo cópias.

Na ocasião, o autor sofreu **fratura de radio esquerdo**. Deixando o autor com sequelas e debilidade permanente do membro, conforme documentos em anexo.

Por fazer jus ao seguro **DPVAT**, o Requerente postulou administrativamente o recebimento do DPVAT por invalidez permanente junto à seguradora **LIDER DOS CONSORCIOS** a fim de receber os valores pertinentes ao seu acidente.

Entretanto, a Ré, seguradora responsável pelo pagamento, aproveitando-se da condição do Autor, que em razão da tragédia ocorrida e estando ainda fragilizado, em **07/07/2020**, efetuou o pagamento de apenas **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, ou seja, menor que o devido por lei, lesando o Postulante no momento em que ele e sua família mais necessitavam de auxílio (**carta**), em anexo cópia.





São os fatos resumidamente.

DO DIREITO

DO VALOR DEVIDO

A Lei nº 6.194/74, com sua redação alterada pela Lei 11.482, de 31 de maio de 2007, impõem novos valores. Agora, destarte, as indenizações do seguro DPVAT estão atreladas aos valores estabelecidos pelo art. 8º da Lei 11.482/07, que alterou o art. 3º da Lei 6.194/74, fixando novo valor para indenização, por invalidez permanente, *verbis*:

Art. 30. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

a) (revogada);

b) (revogada);

c) (revogada);

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

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

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Assim, vê-se necessária a realização de perícia médica por profissional imparcial indicado por este juízo, de forma a serem aferidas com exatidão o grau das lesões sofridas pelo autor.

Este é o entendimento do Tribunal de Santa Catarina, vejamos:





★ ADVOCACIA & ASSESSORIA ★

AGRAVO DE INSTRUMENTO. COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO DPVAT. PROVA PERICIAL. APURAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ. DESNECESSIDADE. PAGAMENTO DE PARTE DO VALOR DEVIDO A TÍTULO DE SEGURO DPVAT PELA SEGURADORA. RECONHECIMENTO IMPLÍCITO DA INVALIDEZ PERMANENTE DA VÍTIMA. RECURSO PROVIDO. (TJSC Agravo de Instrumento: AI 743444 SC 2009.074344-4; **Relator(a)**: Nelson Schaefer Martins; **Julgamento**: 20/04/2010; **Órgão Julgador**: Segunda Câmara de Direito Civil; **Publicação**: Agravo de Instrumento n.2009.074344-4).

Notório a responsabilidade do complemento do saldo a que o Autor tem direito, porque a seguradora deixou de observar preceito legal específico que lhe obrigava ao pagamento integral de **R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)**. Desta forma vislumbra-se, pois, o bastante fundamento do presente pleito de cobrança, devendo ser condenada a Ré a pagar ao Autor à diferença entre o indenizado e o devido, que corresponde a **R\$ 12.656,25 (doze mil seiscentos e cinquenta e seis reais e vinte e cinco centavos)**, acrescentando-se, ainda juros de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária com base no IPCA-E, adotado pelo eg. TJRR, ambos desde o dia em que houve o pagamento enganoso até o dia do efetivo cumprimento da obrigação.

DA INVALIDEZ

Importante frisar que a lei determina a indenização por invalidez no valor máximo, sendo que para isso necessário o laudo pericial, que não necessita a aferição do grau de INVALIDEZ, uma vez que acostado laudo do IML, conforme súmula da Turma Recursal dos Juizados Especiais de Manaus:

E M E N T A: CONSUMIDOR - CIVIL - SEGURO DPVAT - PRELIMINARES AFASTADAS - PAGAMENTO PARCIAL NÃO OBSTA PROPOSITURA DE AÇÃO PARA RECEBIMENTO DA DIFERENÇA - DESNECESSIDADE DE APRECIÇÃO DO GRAU DE DEBILIDADE - PREVALÊNCIA DE LEI EM FACE DE DISPOSITIVO INFRALEGAL - INDENIZAÇÃO FIXADA NA LEI 6.194/74 - RECURSO IMPROVIDO - SENTENÇA MANTIDA.(2ª. Turma Recursal de Manaus).

DA LITIGÂNCIA DE MÁ FÉ

O requerente vem á presença de Vossa Excelência requerer aplicação da litigância de má fé a parte do requerido vez que deixou de cumprir preceito legal





★ ADVOCACIA & ASSESSORIA ★

regulamentado por lei específica que regula o seguro obrigatório DPVAT, para os casos de **MORTE, INVALIDEZ e DAMS**, as vítimas de acidente de trânsito no Brasil.

Art. 79 NCPC.

Responde por perdas e danos aquele que litigar de má fé como autor, réu ou interveniente.

Art. 80 NCPC.

Considera-se litigante de má fé aquele que:

I - deduzir pretensão ou defesa contra texto expresso de lei ou fato incontroverso;

II - alterar a verdade dos fatos;

III - usar do processo para conseguir objetivo ilegal;

VI - provocar incidente manifestadamente infundado;

VII- interpuser recurso com o intuito manifestadamente protelatório.

Art. 81 NCPC.

De ofício ou a requerimento, o juiz condenará o litigante de má fé a pagar multa, que deverá ser superior a um por cento e inferior a dez por cento do valor corrigido da causa, a indenizar a parte contrária pelos prejuízos que esta sofreu e a arcar com os honorários advocatícios e com todas as despesas que efetuou.

Excelência, a seguradora ré além de descumprir a lei 6.194/1974, quando não realiza pagamentos de acordo com a tabela inserida ao corpo desta lei, deixando assim de observar deveres e obrigações expressos.

Não restando duvidas que o requerido, prefere litigar de má fé ao deixar de cumprir e observar tabela que garante indenização as vítimas de acidente de trânsito no caso específico o autor por comprovada sequela de **INVALIDEZ**, por acidente automobilístico, restara provada a diferença não indenizada pela Seguradora ré, após pericia realizada por determinação deste juízo.





★ ADVOCACIA & ASSESSORIA ★

DO DANO MORAL

Em decorrência deste fato, o Requerente suportou situação constrangedora, angustiante, tendo sua moral e alto estima abalada fase ao **DESCUMPRIMENTO** da seguradora quanto á indenização pelas sequelas deixadas em decorrência do grave acidente, com seus reflexos prejudiciais, sendo suficiente a ensejar danos morais, por tratasse de um direito do autor.

Certo é que, conforme ressaltado alhures, até o presente momento, o requerente apenas tem esperança e confiança no judiciário para ver seu direito respeitado e reparado com a devida correção, após compelir a seguradora a cumprir a legislação pertinente ao caso concreto.

A Requerida agiu com manifesta negligencia e evidente descaso, vez que não **PAGOU** indenização devida utilizando-se de seu poder de controle e monopólio administrativo do seguro DPVAT, em todo território nacional.

Sua conduta, sem dúvida causou danos á beneficiária por entender e observar que a tabela que determina e limita indenizações para os casos de **INVALIDEZ**, não foi respeitada pela ré seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT, bem diferente de seu **SLOGAN**, amplamente divulgada em mídia nacional.

SEGURO "DPVAT", rápido e simples.....

Como ninguém tem o direito o direito de causar sofrimento a outrem, impunemente, a dor representada pelos transtornos, humilhações e constrangimentos podem ser perfeitamente enfeixados como danos morais, que, por sua vez não podem deixar de ter uma reparação jurídica.

A função de reparabilidade do dano moral restou consagrada na CRFB em seu artigo 5º, incisos V e X.

Com efeitos, dispõem os artigos 186 e 927 do atual Diploma Civil, que:





★ ADVOCACIA & ASSESSORIA ★

Artigo 186 do CC/02: **Aquele que por ação ou omissão voluntária, negligenciar ou imprudência, violar direito ou causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.**

Artigo 927 do CC/02: Aquele que, por ato ilícito (arts 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Como se não bastasse à legislação mencionar em linhas pretéritas, o CDC em seu art. 14 dispôs que nas relações de consumo é dever dos fornecedores de serviços/produtos responder objetivamente pelos danos causados pela disponibilização defeituosa de seus serviços.

Inegável é que a parte requerida, efetivamente realizou conduta lesiva contra a parte autora. Desse modo, estes dispositivos volvidos asseguram cristalinamente o direito da preservação da dignidade humana, da intimidade, da intangibilidade dos direitos da personalidade.

Assim, a reparação, nesses casos, reside no pagamento de uma soma pecuniária, que possibilite ao lesionador uma penalização e consequentemente compense os dissabores sofridos pela vítima e repare sua dor íntima, em virtude da **ação ilícita** do lesionador.

O STF, tem proclamado que: "a indenização, a título de dano moral, não exige comprovação de prejuízo" (RT 614/236), por ser este uma consequência irrecusável do fato e um "direito subjetivo da pessoa ofendida" (RT 124/299).

DO PEDIDO

Isso posto, requer-se à Vossa Excelência:

- a) Seja concedido ao requerente, o benefício da Justiça Gratuita, nos termos em que foi requerida, eis que a mesma é pessoa pobre e não possui condições financeiras de arcar com as despesas processuais e os honorários advocatícios sem prejuízo do seu próprio sustento;





★ ADVOCACIA & ASSESSORIA ★

- b) A citação da reclamada para, se quiser, responder aos termos da presente sob a pena de revelia, contudo, **DISPENSA A DESIGNAÇÃO DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO**, nos termos do art. 334, § 4º, I e § 5º, CPC;
- c) Seja a Ré CONDENADA a custear os honorários do perito a ser indicado por Vossa Excelência para aferir o grau de sequela do Requerente;
- d) Seja ainda a Ré condenada ao pagamento de honorários advocatícios de sucumbência;
- e) Seja a requerida condenada a litigância de má fé por descumprimento de preceito legal e expresso em legislação específica no ordenamento jurídico brasileiro;
- f) Seja a requerida condenada a pagar **R\$ 3.000,00 (três mil reais)**, a título de indenização pelos danos morais sofridos injustamente.
- g) Requer-se, por derradeiro, que a expedição do alvará de levantamento seja feita em nome deste causídico;
- h) Seja julgado PROCEDENTE este pleito, com a condenação da Ré ao pagamento de **R\$ 12.656,25 (doze mil seiscentos e cinquenta e seis reais e vinte e cinco centavos)**, acrescentando-se, de juros à base de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária pelo IPCA-E, incidentes desde o ilícito praticado até o efetivo cumprimento da obrigação em razão do pagamento a menor do DPVAT;

Protesta provar o alegado por todos os gêneros probatórios permitidos em Direito, notadamente depoimento pessoal das partes, inquirição de testemunhas, juntada posterior de novos documentos, se necessário for, perícia, todas desde logo requeridas.

Dá-se a causa o valor de **R\$ 15.656,25 (Quinze mil seiscentos e cinquenta e seis reais e vinte e cinco centavos)**.

Termos em que,

P. E. Deferimento.



★ ADVOCACIA & ASSESSORIA ★

Boa Vista/RR, 26 de agosto de 2020.

(Assinado Eletronicamente)

MARLON TAVARES DANTAS
OAB/RR 1832



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA, Brasileiro, solteiro, autônomo, portadora do RG nº 3874893 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 547.662.062-15, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Rosa O. de Araújo nº 2119, Bairro: Santa Luzia CEP: 69.317-103. Tel: (95) 9911-5759 E-mail: juridicosememail@gmail.com.

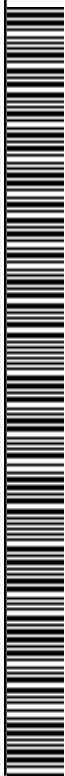
Outorgado: Dr. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR 1832, OAB/PA 27.108-A, OAB/AM A1261, Dra. ELINEIVA COSTA SILVA, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1743, Dra. EDLANE LEÃO DE ALBUQUERQUE, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1950, ambos com o endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) -99171-7145 / 99117-5392 (escritório), (95) -99129-6312 / 98108-7779 (pessoal), onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula "ad judicium", bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial, pedir Justiça Gratuita, assinar declaração de hipossuficiência econômica e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o caráter de contrato de honorários. Da **Gratuidade da Justiça**, em conformidade com a norma do artigo 105 da lei 13.105/2015.

BOA VISTA/RR, 26/08/2020



WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA



The image shows a scan of a Brazilian Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) card, which is a document used for labor registration and social security. The card is divided into two main sections: the left side for the worker's information and the right side for the employer's information.

Left Side (Worker's Information):

- TRABALHADOR** (Worker): The title at the top left.
- Nome Completo do Trabalhador** (Full Name of the Worker): The first line of text.
- CPF** (CPF): The second line of text.
- RG** (RG): The third line of text.
- Assinatura** (Signature): The fourth line of text.
- Assinatura do Trabalhador** (Worker's Signature): The fifth line of text.
- Assinatura do Empregador** (Employer's Signature): The sixth line of text.
- Assinatura do Representante Legal** (Legal Representative's Signature): The seventh line of text.
- Assinatura do Representante Legal** (Legal Representative's Signature): The eighth line of text.
- Assinatura do Representante Legal** (Legal Representative's Signature): The ninth line of text.
- Assinatura do Representante Legal** (Legal Representative's Signature): The tenth line of text.

Right Side (Employer's Information):

- MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO** (Ministry of Labor and Employment): The title at the top right.
- CARTÃO DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL** (Work and Social Security Card): The title below the ministry name.
- 166.17311.85-0**: A number, likely a tax ID or registration number.
- 4426638**: A number, likely a registration number.
- 0040**: A number, likely a registration number.
- RR**: A number, likely a registration number.
- Waldson Enivaldo das S. Silva**: The name of the worker, written in cursive.
- Portrait Photo**: A small, square, black and white portrait of the worker.
- Fingerprint**: A large, rectangular, black and white fingerprint of the worker.

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASIL		ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA			
FILIAÇÃO..... ELVES KERY SALVIANO DA SILVA		NOME	
AUCLENE DOS SANTOS SILVA		DATA NASCIMENTO	
NASCIMENTO..... 03/11/1957	SEXO: MASCULINO	ENDEREÇO	
ESTADO CIVIL... SOLTEIRO		CIDADE	
NATURALIDADE: PACAPARAMA - RR		UF	
DOCUMENTO..... R.G. 3874993 SSP RR 10012009		PROFISSÃO	
CPF..... 047.662.062-15	CKM.....	RECEITA	
T.T. ELETOR:	ZONA:	SEÇÃO	
LOCAL DATA DE EMISSÃO: SOTERIS - 27/03/2014			

Assinado eletronicamente pelo Tabelião



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA, Brasileiro, solteiro, autônomo, portadora do RG nº 3874893 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 547.662.062-15, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Rosa O. de Araújo nº 2119, Bairro: Santa Luzia CEP: 69.317-103.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 26 / 08 / 2020



WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA





RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Tenente Cordeiro, 629 - Centro - Boa Vista - PE
CEP: 55.010-140 - Fone: (0800) 47 1346 - E-mail: atendimento@roraimaenergia.com.br
Site: www.roraimaenergia.com.br

0036686-2

Nº da Nota Fiscal: 4594463

A Tanta Central de Energia S.A. - TCE
pela Lei nº 10.428 de 24.06.2002 - PLAN

FEVEREIRO/2020 01/03/2020

374 359,28

ALCEIENE JOSE DOS SANTOS
R. ROSA O DE ARAUJO, 7119 - SANTA LUZIA
CEP: 68.117-103 - BOA VISTA

CPI: 00056743285200

DADOS DA LECTURA (KWH)		DATAS DA LECTURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual	24011	Atual	11/02/2020	Grupo/Endereço	1.1.1.1
Anterior	24037	Anterior	14-01-2020	Classificação	RESIDENCIAL
Tempo de instalação	20	Primeira leitura	11-02-2020	Uso	DIURNO
Coeficiente de multiplicação	1,000	Última	18-02-2020	Número medidor	14EL000433
Consumo médio	275	Assinatura	11-02-2020	Nome do titular	NORMA
Consumo máximo	374			Medição	# 1489375

CONSUMO 174 A R\$ 0,765725 = 236,38

CORREÇÃO MONETARIA DA II (2X) 0,73

CORREÇÃO MONETARIA TGPH (2X) 16,34

MULTA POR ATRASO DA II (2X) 3,83

MULTA POR ATRASO DA TGPH (2X) 0,87

MULTA POR ATRASO DA II (2X) 13,98

MULTA POR ATRASO DA TGPH (2X) 12,05

ELIMINADO PUBLICA 25,10

PREVISÃO DE CONSUMO

DATA: 01/03/2020

0 A 374 0,000000

Média 12 meses



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 26/02/2020. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes: 02 Valor: R\$ 359,28

01/2020 258,68

LIGUE 0800VIVAPLUM E FAÇA O PAGAMENTO 1 e 11 DA 21:20.

RESUMO DO FÓRUM

COMPOSIÇÃO DA ÚTILIDADE		IMPACTO DO PAGAMENTO	
Energia	154,18	Base de cálculo	42,53
Encargos	2,75	PM	1,17
Tributação	55,37	CONG	5,07
Transmissão	0,00		

INDICADORES DE CONTINGÊNCIA

MCM			MCM			MCM	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
4,8%	17,70	15,40	4,46	16,92	13,84	4,82	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		

Consumo Distribuído: 12/2019 R\$ 136,81

RO1: 78.001.76.21 041800

RORAIMA ENERGIA

Av. Capitão Tenente Cordeiro, 629 - Centro - Boa Vista - PE
CEP: 55.010-140 - Fone: (0800) 47 1346 - E-mail: atendimento@roraimaenergia.com.br
Site: www.roraimaenergia.com.br

0036686-2

02/2020

01/03/2020

Nº da Nota Fiscal: 4594463

PLAN

83610000003 0 59280075000 8 00000000036 4 68620220008 1

SEQ.: 01/1 UC: 0036686-2 DI: 1111: 11/02/2020 T. ENTR.: 04
LEITURA: 24011 NORMA TOTAL: 359,28 CARGA: 000
DI: VENC.: 01/03/2020 IRREG.: 000COLLOR: 4111

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJYS4 VYJ9S 9JNPW HCCEY

ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

WILDSO EMANOEL DOS SANTOS SILVA, Brasileiro, solteiro, autônomo, portadora do RG nº 3874893 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 547.662.062-15, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Rosa O. de Araújo nº 2119, Bairro: Santa Luzia CEP: 69.317-103.

DECLARO para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

É por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fê.

BOA VISTARR, 26/08/2020


WILDSO EMANOEL DOS SANTOS SILVA



ADVOCACIA

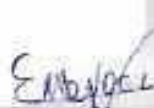
CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

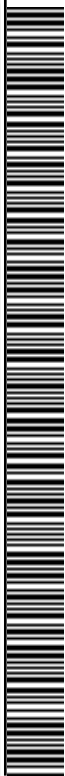
EU, WILDSOM EMANOEL DOS SANTOS SILVA, CPF nº 947.662.062-15
Residente e domiciliado à rua ROSA OLGUEIRA DE ARAÚJO, nº 2119, bairro
SANTA LÚZIA, na cidade de BOA VISTA RR, estado de
RODRIGUES, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de
Sumário Geral recebendo uma renda mensal em média de
R\$ 998,00, não podendo ser demonstrada em contracheque ou em extrato bancário por receber
de forma avulsa, e de acordo com o serviço prestado.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

BOA VISTA-RR, 26 de Agosto de 2020



WILDSOM EMANOEL DOS SANTOS SILVA



TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
IAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

166.17311.85-0

4426638 0040 RR

Wildson Emanuel dos S. Silva

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA

FILIAÇÃO.....: ELVES KEYBY SALVIANO DA SILVA
ALCILENE DOS SANTOS SILVA
SEXO: MASCULINO
NASCIMENTO.....: 03/11/1997
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: PACARAÍMA - RR
DOCUMENTO.....: R.G. 3874893 SSP RR 16/01/2009
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF.....: 547.662.062-15
CNH.....:
TÍT. ELEITOR.....: SEÇÃO:
ZONA:
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 21/03/2014

Manoel do Rosário Alves Coelho
MARC DO ROSÁRIO ALVES COELHO
Assessor de Registro de Trabalho e Emprego - RJ/RR, de Recife

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

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

LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE INTERINIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SSP R.DICAR | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03

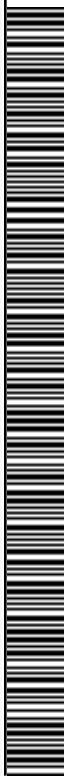
REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS	
NOME DO TITULAR	
REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FILS. PROC. N°	
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA
REGISTRADO EM	
SOB. N° LIVRO N°	
FILS. PROC. N°	
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA
REGISTRADO EM	
SOB. N° LIVRO N°	
FILS. PROC. N°	
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA

04
05

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR	
GRUPO SANGÜÍNEO FACTOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
DOADOR DE ORGÃOS (Dec. n° 879, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
CARTEIRAS ANTERIORES	
NÚMERO	SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANULAÇÃO	
NÚMERO	SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANULAÇÃO	
NÚMERO	SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANULAÇÃO	
NÚMERO	SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANULAÇÃO	

06
07

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CCC/OPF/CEI	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
CBO N°	
DATA DE ADMISSÃO DE DE	
REGISTRO N°	FILS. / HORA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
P 2°	
DATA DE SAÍDA DE DE	
P 2°	
COM DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTA	



CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	EMPREGADOR.....
COG/CP/CEI.....	COG/CP/CEI.....
ENDEREÇO.....	ENDEREÇO.....
MUNICÍPIO.....UF.....	MUNICÍPIO.....UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO.....	CARGO.....
CBO Nº.....	CBO Nº.....
DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....	DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....
REGISTRO Nº.....PLS./FICHA.....	REGISTRO Nº.....PLS./FICHA.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
1ª.....2ª.....	1ª.....2ª.....
DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....	DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....
1ª.....2ª.....	1ª.....2ª.....
COM. DISPENSA CD Nº.....	COM. DISPENSA CD Nº.....
FGIS Nº DA CONTRA.....	FGIS Nº DA CONTRA.....
08	09

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	EMPREGADOR.....
COG/CP/CEI.....	COG/CP/CEI.....
ENDEREÇO.....	ENDEREÇO.....
MUNICÍPIO.....UF.....	MUNICÍPIO.....UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO.....	CARGO.....
CBO Nº.....	CBO Nº.....
DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....	DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....
REGISTRO Nº.....PLS./FICHA.....	REGISTRO Nº.....PLS./FICHA.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
1ª.....2ª.....	1ª.....2ª.....
DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....	DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....
1ª.....2ª.....	1ª.....2ª.....
COM. DISPENSA CD Nº.....	COM. DISPENSA CD Nº.....
FGIS Nº DA CONTRA.....	FGIS Nº DA CONTRA.....
10	11

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	
CCO/CPF/CEI.....	
ENDEREÇO.....	
MUNICÍPIO.....	UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	
CARGO.....	
CBO Nº.....	
DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	
REGISTRO Nº.....	
REMUERAÇÃO ESPECIFICADA.....	
1ª..... 2ª.....	
DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	
1ª..... 2ª.....	
COM. DISPENSA CD Nº.....	
FGTS Nº DA CONTA.....	

12

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	
CCO/CPF/CEI.....	
ENDEREÇO.....	
MUNICÍPIO.....	UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	
CARGO.....	
CBO Nº.....	
DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	
REGISTRO Nº.....	
REMUERAÇÃO ESPECIFICADA.....	
1ª..... 2ª.....	
DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	
1ª..... 2ª.....	
COM. DISPENSA CD Nº.....	
FGTS Nº DA CONTA.....	

13

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	
CCO/CPF/CEI.....	
ENDEREÇO.....	
MUNICÍPIO.....	UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	
CARGO.....	
CBO Nº.....	
DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	
REGISTRO Nº.....	
REMUERAÇÃO ESPECIFICADA.....	
1ª..... 2ª.....	
DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	
1ª..... 2ª.....	
COM. DISPENSA CD Nº.....	
FGTS Nº DA CONTA.....	

14

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	
CCO/CPF/CEI.....	
ENDEREÇO.....	
MUNICÍPIO.....	UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	
CARGO.....	
CBO Nº.....	
DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	
REGISTRO Nº.....	
REMUERAÇÃO ESPECIFICADA.....	
1ª..... 2ª.....	
DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	
1ª..... 2ª.....	
COM. DISPENSA CD Nº.....	
FGTS Nº DA CONTA.....	

15





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003201/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/01/2020 12:40 Data/Hora Fim: 22/01/2020 13:23
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 3669 Data: 21/01/2020
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 21/01/2020 11:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: São Francisco
Logradouro: RUA GAL PENHA BRASIL COM RUA DR ARNALDO BRANDÃO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 03/11/1997 Idade: 22 anos
Naturalidade: RR - Pacaraima Profissão: Não Informado
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Aucilene dos Santos Silva Nome do Pai: Elves Keby Salviano da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 547.662.062-15
RG - Carteira de Identidade: 3874893

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ROSA DE OLIVEIRA ARAUJO Nº: 2119
Bairro: SANTA LUZIA

Nome Civil: ESTELLA MARIS DA SILVA FERNANDES PRADO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 10/10/1956 Idade: 63 anos
Naturalidade: MS - Ponta Porã Profissão: Técnico em Enfermagem
Estado Civil: Viúvo(a)
Nome da Mãe: Geraldina da Silva Fernandes

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 480.188.801-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Da lua Nº: 55



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003201/2020

Bairro: Cidade Satélite

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: 2sg Darleudo Gomes da Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 480.188.801-15	Placa NAN6251
Renavam 01034683109	Número do Motor 310A10112222954
Número do Chassi 8AP196271F4111116	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Número da Carroceria 85665008	Cor PRATA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo I/FIAT PALIO ATTRACT 1.0	Modelo I/FIAT PALIO ATTRACT 1.0
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 12/01/2015
Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Estella Maris da Silva Fernandes Prado	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 446.876.562-34	Placa NAO7739
Renavam 00346671795	Número do Motor KD05E5C500455
Número do Chassi 9C2KD0550CR500455	Ano/Modelo Fabricação 2012/2011
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES
Modelo HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 25/09/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Wildson Emanuel dos Santos Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO RELATO DO ROP PM 3669-CIPTUR A EQUIPE FOI ACIONADA, VIA CIOPS, PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO LOCAL SUPRACITADO; QUE WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA CONDUZIA SEU VEÍCULO HONDA BROS PLACA NAO7739, SENTIDO BAIRRO CENTRO, QUANDO FOI ABALROADO PELO VEÍCULO CONDUZIDO PELA SRA. ESTELLA MARIS; QUE AMBOS S VEÍCULOS SOFRERAM DANOS MATERIAIS; QUE WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA SOFREU LESÕES CORPORAIS SOFRENDO FRATURA NO PUNHO; QUE WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO PRONTO SOCORRO ESTADUAL; QUE DEMAIS INFORMAÇÕES NO ROP ANEXO, É O RELATO.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003201/2020

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira

Agente de Polícia
Matrícula 42000370

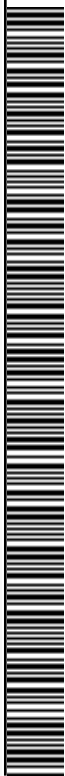
Responsável pelo Atendimento



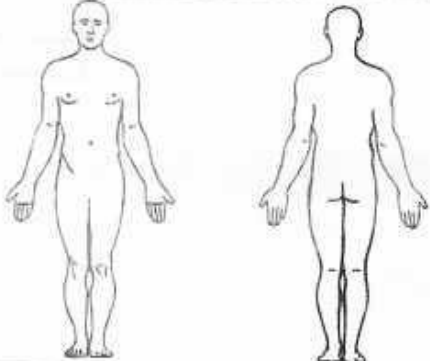
Wildson Emanuel dos Santos Silva

(Vítima)



Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



 FICHA DE ATENDIMENTO N° 0112 	
UNIDADE BRAVO III EQUIPE <i>Manoel e Delfino</i>	
Paciente: <i>William Emanuel dos Santos Silva</i> Idade: <i>22</i> Sexo: <i>M</i>	
Nacionalidade: <i>Brasileira</i> Raça: <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia	
Endereço: <i>Av. General Penha Brasil</i> Bairro: <i>Centro</i>	
N° <i>5586</i> DATA <i>01/01/2020</i>	HORA J/9: <i>0:50</i> BASE <input checked="" type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> RÁDIO <input checked="" type="checkbox"/>
Médico (a) Regulador (a): <i>Dr. Fabiana</i> HORA J/10: <i>11:02</i> CELULAR <input type="checkbox"/>	
MOTIVO INICIAL: <i>colisão moto c/carro</i>	
INÍCIO DOS SINTOMAS: <input checked="" type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> 4 a 24 horas <input type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input type="checkbox"/> Não sabe	
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA	
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Exame complementar <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Urgência clínica <input type="checkbox"/> Outros	
ACIDENTE DE TRÂNSITO	
VÍTIMA <input checked="" type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Conduzir <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Assento para criança	ITENS DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança
AValiação INICIAL	
VIAS AÉREAS <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro	VENTILAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Eupneica <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Tequipneia
CIRCULAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Extremidade	AVAl NEUROLÓGICA <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> [D] [E] <input type="checkbox"/> [A] <input type="checkbox"/> [B] <input type="checkbox"/> [C] <input type="checkbox"/> [D] <input type="checkbox"/> [E] <input type="checkbox"/> [F] <input type="checkbox"/> [G] <input type="checkbox"/> [H] <input type="checkbox"/> [I] <input type="checkbox"/> [J] <input type="checkbox"/> [K] <input type="checkbox"/> [L] <input type="checkbox"/> [M] <input type="checkbox"/> [N] <input type="checkbox"/> [O] <input type="checkbox"/> [P] <input type="checkbox"/> [Q] <input type="checkbox"/> [R] <input type="checkbox"/> [S] <input type="checkbox"/> [T] <input type="checkbox"/> [U] <input type="checkbox"/> [V] <input type="checkbox"/> [W] <input type="checkbox"/> [X] <input type="checkbox"/> [Y] <input type="checkbox"/> [Z] <input type="checkbox"/> [AA] <input type="checkbox"/> [AB] <input type="checkbox"/> [AC] <input type="checkbox"/> [AD] <input type="checkbox"/> [AE] <input type="checkbox"/> [AF] <input type="checkbox"/> [AG] <input type="checkbox"/> [AH] <input type="checkbox"/> [AI] <input type="checkbox"/> [AJ] <input type="checkbox"/> [AK] <input type="checkbox"/> [AL] <input type="checkbox"/> [AM] <input type="checkbox"/> [AN] <input type="checkbox"/> [AO] <input type="checkbox"/> [AP] <input type="checkbox"/> [AQ] <input type="checkbox"/> [AR] <input type="checkbox"/> [AS] <input type="checkbox"/> [AT] <input type="checkbox"/> [AU] <input type="checkbox"/> [AV] <input type="checkbox"/> [AW] <input type="checkbox"/> [AX] <input type="checkbox"/> [AY] <input type="checkbox"/> [AZ] <input type="checkbox"/> [BA] <input type="checkbox"/> [BB] <input type="checkbox"/> [BC] <input type="checkbox"/> [BD] <input type="checkbox"/> [BE] <input type="checkbox"/> [BF] <input type="checkbox"/> [BG] <input type="checkbox"/> [BH] <input type="checkbox"/> [BI] <input type="checkbox"/> [BJ] <input type="checkbox"/> [BK] <input type="checkbox"/> [BL] <input type="checkbox"/> [BM] <input type="checkbox"/> [BN] <input type="checkbox"/> [BO] <input type="checkbox"/> [BP] <input type="checkbox"/> [BQ] <input type="checkbox"/> [BR] <input type="checkbox"/> [BS] <input type="checkbox"/> [BT] <input type="checkbox"/> [BU] <input type="checkbox"/> [BV] <input type="checkbox"/> [BW] <input type="checkbox"/> [BX] <input type="checkbox"/> [BY] <input type="checkbox"/> [BZ] <input type="checkbox"/> [CA] <input type="checkbox"/> [CB] <input type="checkbox"/> [CC] <input type="checkbox"/> [CD] <input type="checkbox"/> [CE] <input type="checkbox"/> [CF] <input type="checkbox"/> [CG] <input type="checkbox"/> [CH] <input type="checkbox"/> [CI] <input type="checkbox"/> [CJ] <input type="checkbox"/> [CK] <input type="checkbox"/> [CL] <input type="checkbox"/> [CM] <input type="checkbox"/> [CN] <input type="checkbox"/> [CO] <input type="checkbox"/> [CP] <input type="checkbox"/> [CQ] <input type="checkbox"/> [CR] <input type="checkbox"/> [CS] <input type="checkbox"/> [CT] <input type="checkbox"/> [CU] <input type="checkbox"/> [CV] <input type="checkbox"/> [CW] <input type="checkbox"/> [CX] <input type="checkbox"/> [CY] <input type="checkbox"/> [CZ] <input type="checkbox"/> [DA] <input type="checkbox"/> [DB] <input type="checkbox"/> [DC] <input type="checkbox"/> [DD] <input type="checkbox"/> [DE] <input type="checkbox"/> [DF] <input type="checkbox"/> [DG] <input type="checkbox"/> [DH] <input type="checkbox"/> [DI] <input type="checkbox"/> [DJ] <input type="checkbox"/> [DK] <input type="checkbox"/> [DL] <input type="checkbox"/> [DM] <input type="checkbox"/> [DN] <input type="checkbox"/> [DO] <input type="checkbox"/> [DP] <input type="checkbox"/> [DQ] <input type="checkbox"/> [DR] <input type="checkbox"/> [DS] <input type="checkbox"/> [DT] <input type="checkbox"/> [DU] <input type="checkbox"/> [DV] <input type="checkbox"/> [DW] <input type="checkbox"/> [DX] <input type="checkbox"/> [DY] <input type="checkbox"/> [DZ] <input type="checkbox"/> [EA] <input type="checkbox"/> [EB] <input type="checkbox"/> [EC] <input type="checkbox"/> [ED] <input type="checkbox"/> [EE] <input type="checkbox"/> [EF] <input type="checkbox"/> [EG] <input type="checkbox"/> [EH] <input type="checkbox"/> [EI] <input type="checkbox"/> [EJ] <input type="checkbox"/> [EK] <input type="checkbox"/> [EL] <input type="checkbox"/> [EM] <input type="checkbox"/> [EN] <input type="checkbox"/> [EO] <input type="checkbox"/> [EP] <input type="checkbox"/> [EQ] <input type="checkbox"/> [ER] <input type="checkbox"/> [ES] <input type="checkbox"/> [ET] <input type="checkbox"/> [EU] <input type="checkbox"/> [EV] <input type="checkbox"/> [EW] <input type="checkbox"/> [EX] <input type="checkbox"/> [EY] <input type="checkbox"/> [EZ] <input type="checkbox"/> [FA] <input type="checkbox"/> [FB] <input type="checkbox"/> [FC] <input type="checkbox"/> [FD] <input type="checkbox"/> [FE] <input type="checkbox"/> [FF] <input type="checkbox"/> [FG] <input type="checkbox"/> [FH] <input type="checkbox"/> [FI] <input type="checkbox"/> [FJ] <input type="checkbox"/> [FK] <input type="checkbox"/> [FL] <input type="checkbox"/> [FM] <input type="checkbox"/> [FN] <input type="checkbox"/> [FO] <input type="checkbox"/> [FP] <input type="checkbox"/> [FQ] <input type="checkbox"/> [FR] <input type="checkbox"/> [FS] <input type="checkbox"/> [FT] <input type="checkbox"/> [FU] <input type="checkbox"/> [FV] <input type="checkbox"/> [FW] <input type="checkbox"/> [FX] <input type="checkbox"/> [FY] <input type="checkbox"/> [FZ] <input type="checkbox"/> [GA] <input type="checkbox"/> [GB] <input type="checkbox"/> [GC] <input type="checkbox"/> [GD] <input type="checkbox"/> [GE] <input type="checkbox"/> [GF] <input type="checkbox"/> [GG] <input type="checkbox"/> [GH] <input type="checkbox"/> [GI] <input type="checkbox"/> [GJ] <input type="checkbox"/> [GK] <input type="checkbox"/> [GL] <input type="checkbox"/> [GM] <input type="checkbox"/> [GN] <input type="checkbox"/> [GO] <input type="checkbox"/> [GP] <input type="checkbox"/> [GQ] <input type="checkbox"/> [GR] <input type="checkbox"/> [GS] <input type="checkbox"/> [GT] <input type="checkbox"/> [GU] <input type="checkbox"/> [GV] <input type="checkbox"/> [GW] <input type="checkbox"/> [GX] <input type="checkbox"/> [GY] <input type="checkbox"/> [GZ] <input type="checkbox"/> [HA] <input type="checkbox"/> [HB] <input type="checkbox"/> [HC] <input type="checkbox"/> [HD] <input type="checkbox"/> [HE] <input type="checkbox"/> [HF] <input type="checkbox"/> [HG] <input type="checkbox"/> [HH] <input type="checkbox"/> [HI] <input type="checkbox"/> [HJ] <input type="checkbox"/> [HK] <input type="checkbox"/> [HL] <input type="checkbox"/> [HM] <input type="checkbox"/> [HN] <input type="checkbox"/> [HO] <input type="checkbox"/> [HP] <input type="checkbox"/> [HQ] <input type="checkbox"/> [HR] <input type="checkbox"/> [HS] <input type="checkbox"/> [HT] <input type="checkbox"/> [HU] <input type="checkbox"/> [HV] <input type="checkbox"/> [HW] <input type="checkbox"/> [HX] <input type="checkbox"/> [HY] <input type="checkbox"/> [HZ] <input type="checkbox"/> [IA] <input type="checkbox"/> [IB] <input type="checkbox"/> [IC] <input type="checkbox"/> [ID] <input type="checkbox"/> [IE] <input type="checkbox"/> [IF] <input type="checkbox"/> [IG] <input type="checkbox"/> [IH] <input type="checkbox"/> [II] <input type="checkbox"/> [IJ] <input type="checkbox"/> [IK] <input type="checkbox"/> [IL] <input type="checkbox"/> [IM] <input type="checkbox"/> [IN] <input type="checkbox"/> [IO] <input type="checkbox"/> [IP] <input type="checkbox"/> [IQ] <input type="checkbox"/> [IR] <input type="checkbox"/> [IS] <input type="checkbox"/> [IT] <input type="checkbox"/> [IU] <input type="checkbox"/> [IV] <input type="checkbox"/> [IW] <input type="checkbox"/> [IX] <input type="checkbox"/> [IY] <input type="checkbox"/> [IZ] <input type="checkbox"/> [JA] <input type="checkbox"/> [JB] <input type="checkbox"/> [JC] <input type="checkbox"/> [JD] <input type="checkbox"/> [JE] <input type="checkbox"/> [JF] <input type="checkbox"/> [JG] <input type="checkbox"/> [JH] <input type="checkbox"/> [JI] <input type="checkbox"/> [JJ] <input type="checkbox"/> [JK] <input type="checkbox"/> [JL] <input type="checkbox"/> [JM] <input type="checkbox"/> [JN] <input type="checkbox"/> [JO] <input type="checkbox"/> [JP] <input type="checkbox"/> [JQ] <input type="checkbox"/> [JR] <input type="checkbox"/> [JS] <input type="checkbox"/> [JT] <input type="checkbox"/> [JU] <input type="checkbox"/> [JV] <input type="checkbox"/> [JW] <input type="checkbox"/> [JX] <input type="checkbox"/> [JY] <input type="checkbox"/> [JZ] <input type="checkbox"/> [KA] <input type="checkbox"/> [KB] <input type="checkbox"/> [KC] <input type="checkbox"/> [KD] <input type="checkbox"/> [KE] <input type="checkbox"/> [KF] <input type="checkbox"/> [KG] <input type="checkbox"/> [KH] <input type="checkbox"/> [KI] <input type="checkbox"/> [KJ] <input type="checkbox"/> [KL] <input type="checkbox"/> [KM] <input type="checkbox"/> [KN] <input type="checkbox"/> [KO] <input type="checkbox"/> [KP] <input type="checkbox"/> [KQ] <input type="checkbox"/> [KR] <input type="checkbox"/> [KS] <input type="checkbox"/> [KT] <input type="checkbox"/> [KU] <input type="checkbox"/> [KV] <input type="checkbox"/> [KW] <input type="checkbox"/> [KX] <input type="checkbox"/> [KY] <input type="checkbox"/> [KZ] <input type="checkbox"/> [LA] <input type="checkbox"/> [LB] <input type="checkbox"/> [LC] <input type="checkbox"/> [LD] <input type="checkbox"/> [LE] <input type="checkbox"/> [LF] <input type="checkbox"/> [LG] <input type="checkbox"/> [LH] <input type="checkbox"/> [LI] <input type="checkbox"/> [LJ] <input type="checkbox"/> [LK] <input type="checkbox"/> [LL] <input type="checkbox"/> [LM] <input type="checkbox"/> [LN] <input type="checkbox"/> [LO] <input type="checkbox"/> [LP] <input type="checkbox"/> [LQ] <input type="checkbox"/> [LR] <input type="checkbox"/> [LS] <input type="checkbox"/> [LT] <input type="checkbox"/> [LU] <input type="checkbox"/> [LV] <input type="checkbox"/> [LW] <input type="checkbox"/> [LX] <input type="checkbox"/> [LY] <input type="checkbox"/> [LZ] <input type="checkbox"/> [MA] <input type="checkbox"/> [MB] <input type="checkbox"/> [MC] <input type="checkbox"/> [MD] <input type="checkbox"/> [ME] <input type="checkbox"/> [MF] <input type="checkbox"/> [MG] <input type="checkbox"/> [MH] <input type="checkbox"/> [MI] <input type="checkbox"/> [MJ] <input type="checkbox"/> [MK] <input type="checkbox"/> [ML] <input type="checkbox"/> [MM] <input type="checkbox"/> [MN] <input type="checkbox"/> [MO] <input type="checkbox"/> [MP] <input type="checkbox"/> [MQ] <input type="checkbox"/> [MR] <input type="checkbox"/> [MS] <input type="checkbox"/> [MT] <input type="checkbox"/> [MU] <input type="checkbox"/> [MV] <input type="checkbox"/> [MW] <input type="checkbox"/> [MX] <input type="checkbox"/> [MY] <input type="checkbox"/> [MZ] <input type="checkbox"/> [NA] <input type="checkbox"/> [NB] <input type="checkbox"/> [NC] <input type="checkbox"/> [ND] <input type="checkbox"/> [NE] <input type="checkbox"/> [NF] <input type="checkbox"/> [NG] <input type="checkbox"/> [NH] <input type="checkbox"/> [NI] <input type="checkbox"/> [NJ] <input type="checkbox"/> [NK] <input type="checkbox"/> [NL] <input type="checkbox"/> [NM] <input type="checkbox"/> [NO] <input type="checkbox"/> [NP] <input type="checkbox"/> [NQ] <input type="checkbox"/> [NR] <input type="checkbox"/> [NS] <input type="checkbox"/> [NT] <input type="checkbox"/> [NU] <input type="checkbox"/> [NV] <input type="checkbox"/> [NW] <input type="checkbox"/> [NX] <input type="checkbox"/> [NY] <input type="checkbox"/> [NZ] <input type="checkbox"/> [OA] <input type="checkbox"/> [OB] <input type="checkbox"/> [OC] <input type="checkbox"/> [OD] <input type="checkbox"/> [OE] <input type="checkbox"/> [OF] <input type="checkbox"/> [OG] <input type="checkbox"/> [OH] <input type="checkbox"/> [OI] <input type="checkbox"/> [OJ] <input type="checkbox"/> [OK] <input type="checkbox"/> [OL] <input type="checkbox"/> [OM] <input type="checkbox"/> [ON] <input type="checkbox"/> [OO] <input type="checkbox"/> [OP] <input type="checkbox"/> [OQ] <input type="checkbox"/> [OR] <input type="checkbox"/> [OS] <input type="checkbox"/> [OT] <input type="checkbox"/> [OU] <input type="checkbox"/> [OV] <input type="checkbox"/> [OW] <input type="checkbox"/> [OX] <input type="checkbox"/> [OY] <input type="checkbox"/> [OZ] <input type="checkbox"/> [PA] <input type="checkbox"/> [PB] <input type="checkbox"/> [PC] <input type="checkbox"/> [PD] <input type="checkbox"/> [PE] <input type="checkbox"/> [PF] <input type="checkbox"/> [PG] <input type="checkbox"/> [PH] <input type="checkbox"/> [PI] <input type="checkbox"/> [PJ] <input type="checkbox"/> [PK] <input type="checkbox"/> [PL] <input type="checkbox"/> [PM] <input type="checkbox"/> [PN] <input type="checkbox"/> [PO] <input type="checkbox"/> [PP] <input type="checkbox"/> [PQ] <input type="checkbox"/> [PR] <input type="checkbox"/> [PS] <input type="checkbox"/> [PT] <input type="checkbox"/> [PU] <input type="checkbox"/> [PV] <input type="checkbox"/> [PW] <input type="checkbox"/> [PX] <input type="checkbox"/> [PY] <input type="checkbox"/> [PZ] <input type="checkbox"/> [QA] <input type="checkbox"/> [QB] <input type="checkbox"/> [QC] <input type="checkbox"/> [QD] <input type="checkbox"/> [QE] <input type="checkbox"/> [QF] <input type="checkbox"/> [QG] <input type="checkbox"/> [QH] <input type="checkbox"/> [QI] <input type="checkbox"/> [QJ] <input type="checkbox"/> [QK] <input type="checkbox"/> [QL] <input type="checkbox"/> [QM] <input type="checkbox"/> [QN] <input type="checkbox"/> [QO] <input type="checkbox"/> [QP] <input type="checkbox"/> [QQ] <input type="checkbox"/> [QR] <input type="checkbox"/> [QS] <input type="checkbox"/> [QT] <input type="checkbox"/> [QU] <input type="checkbox"/> [QV] <input type="checkbox"/> [QW] <input type="checkbox"/> [QX] <input type="checkbox"/> [QY] <input type="checkbox"/> [QZ] <input type="checkbox"/> [RA] <input type="checkbox"/> [RB] <input type="checkbox"/> [RC] <input type="checkbox"/> [RD] <input type="checkbox"/> [RE] <input type="checkbox"/> [RF] <input type="checkbox"/> [RG] <input type="checkbox"/> [RH] <input type="checkbox"/> [RI] <input type="checkbox"/> [RJ] <input type="checkbox"/> [RK] <input type="checkbox"/> [RL] <input type="checkbox"/> [RM] <input type="checkbox"/> [RN] <input type="checkbox"/> [RO] <input type="checkbox"/> [RP] <input type="checkbox"/> [RQ] <input type="checkbox"/> [RR] <input type="checkbox"/> [RS] <input type="checkbox"/> [RT] <input type="checkbox"/> [RU] <input type="checkbox"/> [RV] <input type="checkbox"/> [RW] <input type="checkbox"/> [RX] <input type="checkbox"/> [RY] <input type="checkbox"/> [RZ] <input type="checkbox"/> [SA] <input type="checkbox"/> [SB] <input type="checkbox"/> [SC] <input type="checkbox"/> [SD] <input type="checkbox"/> [SE] <input type="checkbox"/> [SF] <input type="checkbox"/> [SG] <input type="checkbox"/> [SH] <input type="checkbox"/> [SI] <input type="checkbox"/> [SJ] <input type="checkbox"/> [SK] <input type="checkbox"/> [SL] <input type="checkbox"/> [SM] <input type="checkbox"/> [SN] <input type="checkbox"/> [SO] <input type="checkbox"/> [SP] <input type="checkbox"/> [SQ] <input type="checkbox"/> [SR] <input type="checkbox"/> [SS] <input type="checkbox"/> [ST] <input type="checkbox"/> [SU] <input type="checkbox"/> [SV] <input type="checkbox"/> [SW] <input type="checkbox"/> [SX] <input type="checkbox"/> [SY] <input type="checkbox"/> [SZ] <input type="checkbox"/> [TA] <input type="checkbox"/> [TB] <input type="checkbox"/> [TC] <input type="checkbox"/> [TD] <input type="checkbox"/> [TE] <input type="checkbox"/> [TF] <input type="checkbox"/> [TG] <input type="checkbox"/> [TH] <input type="checkbox"/> [TI] <input type="checkbox"/> [TJ] <input type="checkbox"/> [TK] <input type="checkbox"/> [TL] <input type="checkbox"/> [TM] <input type="checkbox"/> [TN] <input type="checkbox"/> [TO] <input type="checkbox"/> [TP] <input type="checkbox"/> [TQ] <input type="checkbox"/> [TR] <input type="checkbox"/> [TS] <input type="checkbox"/> [TT] <input type="checkbox"/> [TU] <input type="checkbox"/> [TV] <input type="checkbox"/> [TW] <input type="checkbox"/> [TX] <input type="checkbox"/> [TY] <input type="checkbox"/> [TZ] <input type="checkbox"/> [UA] <input type="checkbox"/> [UB] <input type="checkbox"/> [UC] <input type="checkbox"/> [UD] <input type="checkbox"/> [UE] <input type="checkbox"/> [UF] <input type="checkbox"/> [UG] <input type="checkbox"/> [UH] <input type="checkbox"/> [UI] <input type="checkbox"/> [UJ] <input type="checkbox"/> [UK] <input type="checkbox"/> [UL] <input type="checkbox"/> [UM] <input type="checkbox"/> [UN] <input type="checkbox"/> [UO] <input type="checkbox"/> [UP] <input type="checkbox"/> [UQ] <input type="checkbox"/> [UR] <input type="checkbox"/> [US] <input type="checkbox"/> [UT] <input type="checkbox"/> [UU] <input type="checkbox"/> [UV] <input type="checkbox"/> [UW] <input type="checkbox"/> [UX] <input type="checkbox"/> [UY] <input type="checkbox"/> [UZ] <input type="checkbox"/> [VA] <input type="checkbox"/> [VB] <input type="checkbox"/> [VC] <input type="checkbox"/> [VD] <input type="checkbox"/> [VE] <input type="checkbox"/> [VF] <input type="checkbox"/> [VG] <input type="checkbox"/> [VH] <input type="checkbox"/> [VI] <input type="checkbox"/> [VJ] <input type="checkbox"/> [VK] <input type="checkbox"/> [VL] <input type="checkbox"/> [VM] <input type="checkbox"/> [VN] <input type="checkbox"/> [VO] <input type="checkbox"/> [VP] <input type="checkbox"/> [VQ] <input type="checkbox"/> [VR] <input type="checkbox"/> [VS] <input type="checkbox"/> [VT] <input type="checkbox"/> [VU] <input type="checkbox"/> [VV] <input type="checkbox"/> [VW] <input type="checkbox"/> [VX] <input type="checkbox"/> [VY] <input type="checkbox"/> [VZ] <input type="checkbox"/> [WA] <input type="checkbox"/> [WB] <input type="checkbox"/> [WC] <input type="checkbox"/> [WD] <input type="checkbox"/> [WE] <input type="checkbox"/> [WF] <input type="checkbox"/> [WG] <input type="checkbox"/> [WH] <input type="checkbox"/> [WI] <input type="checkbox"/> [WJ] <input type="checkbox"/> [WK] <input type="checkbox"/> [WL] <input type="checkbox"/> [WM] <input type="checkbox"/> [WN] <input type="checkbox"/> [WO] <input type="checkbox"/> [WP] <input type="checkbox"/> [WQ] <input type="checkbox"/> [WR] <input type="checkbox"/> [WS] <input type="checkbox"/> [WT] <input type="checkbox"/> [WU] <input type="checkbox"/> [WV] <input type="checkbox"/> [WW] <input type="checkbox"/> [WX] <input type="checkbox"/> [WY] <input type="checkbox"/> [WZ] <input type="checkbox"/> [XA] <input type="checkbox"/> [XB] <input type="checkbox"/> [XC] <input type="checkbox"/> [XD] <input type="checkbox"/> [XE] <input type="checkbox"/> [XF] <input type="checkbox"/> [XG] <input type="checkbox"/> [XH] <input type="checkbox"/> [XI] <input type="checkbox"/> [XJ] <input type="checkbox"/> [XK] <input type="checkbox"/> [XL] <input type="checkbox"/> [XM] <input type="checkbox"/> [XN] <input type="checkbox"/> [XO] <input type="checkbox"/> [XP] <input type="checkbox"/> [XQ] <input type="checkbox"/> [XR] <input type="checkbox"/> [XS] <input type="checkbox"/> [XT] <input type="checkbox"/> [XU] <input type="checkbox"/> [XV] <input type="checkbox"/> [XW] <input type="checkbox"/> [XX] <input type="checkbox"/> [XY] <input type="checkbox"/> [XZ] <input type="checkbox"/> [YA] <input type="checkbox"/> [YB] <input type="checkbox"/> [YC] <input type="checkbox"/> [YD] <input type="checkbox"/> [YE] <input type="checkbox"/> [YF] <input type="checkbox"/> [YG] <input type="checkbox"/> [YH] <input type="checkbox"/> [YI] <input type="checkbox"/> [YJ] <input type="checkbox"/> [YK] <input type="checkbox"/> [YL] <input type="checkbox"/> [YM] <input type="checkbox"/> [YN] <input type="checkbox"/> [YO] <input type="checkbox"/> [YP] <input type="checkbox"/> [YQ] <input type="checkbox"/> [YR] <input type="checkbox"/> [YS] <input type="checkbox"/> [YT] <input type="checkbox"/> [YU] <input type="checkbox"/> [YV] <input type="checkbox"/> [YW] <input type="checkbox"/> [YX] <input type="checkbox"/> [YY] <input type="checkbox"/> [YZ] <input type="checkbox"/> [ZA] <input type="checkbox"/> [ZB] <input type="checkbox"/> [ZC] <input type="checkbox"/> [ZD] <input type="checkbox"/> [ZE] <input type="checkbox"/> [ZF] <input type="checkbox"/> [ZG] <input type="checkbox"/> [ZH] <input type="checkbox"/> [ZI] <input type="checkbox"/> [ZJ] <input type="checkbox"/> [ZK] <input type="checkbox"/> [ZL] <input type="checkbox"/> [ZM] <input type="checkbox"/> [ZN] <input type="checkbox"/> [ZO] <input type="checkbox"/> [ZP] <input type="checkbox"/> [ZQ] <input type="checkbox"/> [ZR] <input type="checkbox"/> [ZS] <input type="checkbox"/> [ZT] <input type="checkbox"/> [ZU] <input type="checkbox"/> [ZV] <input type="checkbox"/> [ZW] <input type="checkbox"/> [ZX] <input type="checkbox"/> [ZY] <input type="checkbox"/> [ZZ]
SINAIS VITAIS E ESCORES	
Hora P.A mm/hg F.C Bpm F.R Mpm Sat O₂ % T. Axilar °C Glicemia Esc. visual "DOR" Glasgow	
Início <i>120 x 80</i> <i>86</i> <i>20</i> <i>99</i>	
Fim	
AValiação SECUNDARIA	
LESÃO IDENTIFICADA 1 - Dor 2 - Hematomia 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Torax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Fenda aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros	
ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 3 - Ao comando 2 - A dor 1 - Sem resposta	
RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta	
RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta	
AValiação CARDÍACA AFEÇÃO CLÍNICA HISTÓRIA PEGRESSA	
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> Neurologica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicção de uso <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Asistolia <input type="checkbox"/> Digestiva	
GRAVIDADE COMPROVADA <input type="checkbox"/> Ileso <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Severa	
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino) <i>Pedro Luis</i> <i>RA-100</i> <i>CRM-RR 2142</i>	
INCIDENTES <input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Hospitalização <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Trote	
MEIOS ADONADOS <input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> PRF	
RCP <input type="checkbox"/> Iniciado as: <input type="checkbox"/> Término as: <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso	

PE DO TERMO DE RECUSA	Assinatura do Receptor:	
	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.	
	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.	
	Assinatura do Paciente:	RG:
	TESTEMUNHA 01:	RG:
	TESTEMUNHA 02:	RG:

GESTANTE							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva					
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante					
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas				
<input type="checkbox"/> Cânula de Guedel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos				
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal				
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Oximetria	<input type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência				
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação				
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:				
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA

Latadura 15 cm
2 pares de luvas F
1 par de luvas G.

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 20/10/2020
Stephanie
Rubrica

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Paciente mac. vítima de acidente de trânsito encontrado ao solo, em lado direito do corpo com fratura fechada de perna e com no músculo da coxa. O mesmo foi conduzido ao GT pd Protocolo de trauma e me orientação do médico regulador.

Assinatura e carimbo do profissional



ATESTADO MÉDICO / DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO	
Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a): <u>Wilson Emanuel</u> <u>Des Santos Silva</u>	
foi atendido no <input checked="" type="checkbox"/> Hospital Geral de Roraima/PAAR/PSFE () UNACON, no dia <u>21/01/20</u> às _____ horas.	
O mesmo:	
() Não necessita de licença, atesto apenas o seu comparecimento	
<input checked="" type="checkbox"/> Necessita de <u>10</u> (30) dia (s) de licença médica.	
CID: <div></div>	Boa Vista, <div>21/01/20</div>
<div>Autorizo a informação do CID:</div> <div>Assinatura do cliente / paciente</div>	<div>Dr. Odinaci Oreni Médico Especialista Ortopedia e Traumatologia CRM 14841/RB</div> <div>Assinatura / Carimbo médico</div>
Hospital Geral de Roraima , Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n, Aeroporto. Fone: (95) 2121-0638, 2121-0611	

Raquel L. Salazar
Téc. Enfermagem
COREN-RR 001.058.491-TE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

2001211707

FICHA DE ATENDIMENTO
Paciente: **WILSON EMANUEL DOS SANTOS SILVA** Data Nascimento: **03/11/1997** CPF: **547.662.004-15**
Tipo Doc: **Documento** Orgão Emissor: **DA** Sexo: **M** Estado Civil: **Solteiro** Raça/Cor: **Naturalidade**
Mãe: **ALCILENE DOS SANTOS SILVA** Pai: **Contatos**

Endereço: **SISTEMA UNICO DE SAUDE**

Class. de Risco: **Plano Convênio** Nº do Cadastro: **URGÊNCIA**

Motivo do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **Procedência** Temp. **Peso** **Pressão**

Setor: **Procedimento Sol.** Registrado por:

Queixa Principal: **() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue**

Anamnese de Enfermagem: **GSC** **TOTAL** **15**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **12:30** h)

paciente malacostomado, com em papilo @.
sem tce.

Exame Físico: **BCU, CTE, APA.**

História Clínica: **FAPURA DE LÍNGUA @ DENTAL**

SADT - Exames Complementares: **() RAO-X () ULTRA-SOM () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:**

PRESCRIÇÃO: **1) TILATIL 4mg @ (feito)**

DIPIRONA 1g qd

Pedro Lins
Médico
CRM-RR 2142

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
End. de entrega: Rua S/N
CEP: 69000-000
Telefone: (93) 311-0520

24/08/2020

DE: **Dr. Anderson Soares**

Ortopedia e Traumatologia

CRM-RR 1880/RR

() Ambulatório () Observação (Alé 24h) () Internação

Data e Hora da Saída/Alta: **1. /**

Óbito: **Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () ML Anatomia Patológica **1. /****

Assinatura do Paciente ou Responsável: **Assinatura do Médico**

Pedro Lins
Médico
CRM-RR 2142

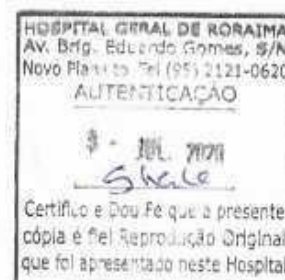


Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi - Identificador: PJLVL KYA32 4DLNH ZYV73



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

DECLARAÇÃO E RETIFICAÇÃO



Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta registro de **WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA** retifica-se por **WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA**, RG 3874893 SSP/RR, deu entrada no PRONTO NO PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO (**GRANDE TRAUMA**), no dia 21/01/2020 às 11:49H, por motivo de **ACIDENTE DE MOTO**, recebendo os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento: 2001211707.

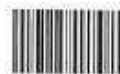
Boa Vista-RR, 06 de Julho de 2020.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n.º Bairro Novo Planalto – Cep.: 69360-000
mail: hosphgr@yaibest.com.br

06/07/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

		GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.
2001211707	21/01/2020 11:49:11	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19 10	
Paciente WILSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA		Data Nascimento 03/11/1997		Idade 22 A 8 M 3 D		CNS 54766206215	
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 3874893		Órgão Emissor SSP/RR		Data Emissão M	
Estado Civil SOLTEIRO(A)		Raça/Cor BOA VISTA - RR		Nacionalidade BRASILEIRA		CPF 54766206215	
Mãe ALCILENE DOS SANTOS SILVA		Pai ELVES KEBI SALVIANO DA SILVA		Contato (95) 99111-5759		Ocupação AGENTE DE SAÚDE	
Endereço RUA - ROSA OLIVEIRA DE ARAUJO - 2119 - UNIAO - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira URGÊNCIA		Validade AMBU	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend. SAMU CAPITAL		Procedência Temp.	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol. Registrado por:		ERBEJONE.SIMPLICIO	
Queixa Principal <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem ACIDENTE DE MOTO		Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)		GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6		TOTAL	
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para:		Data e Hora da Saída/Alta:					
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: luize Data Hora: 06/07/2020 09:59:34							



2001211707



SINISTRO 3200215498 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS

EIRELI - Matriz

BENEFICIÁRIO WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA

CPF/CNPJ: 54766206215

Posição em 06-07-2020 11:33:55

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
07/07/2020	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



26/08/2020: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO.

Data: 26/08/2020

Movimentação: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

Complemento: 4ª Vara Cível

Por: SISTEMA CNJ

26/08/2020: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR.

Data: 26/08/2020

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Registro de Distribuição

Por: SISTEMA CNJ

Data: 26/08/2020

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ

Data: 26/08/2020

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

Por: SISTEMA CNJ

Data: 28/08/2020

Movimentação: CONCEDIDO O PEDIDO

Por: JARBAS LACERDA DE MIRANDA

Relação de arquivos da movimentação:

- Decisão



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
4ª VARA CÍVEL - PROJUDI

DO CENTRO CÍVICO, 666 - , Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

Processo: 0821759-43.2020.8.23.0010
Classe Processual: Procedimento Ordinário
Assunto Principal: Seguro
Valor da Causa: : R\$15.656,25
Autor(s) WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA Rua Rosa Oliveira de Araujo, 2119 - Santa Luzia - BOA VISTA/RR - CEP: 69.317-103 - E-mail: juridicosememail@gmail.com - Telefone: (95)99911-5759
Réu(s) Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205

DECISÃO INICIAL
(NCPC: Art. 203, §2º)

01. Não há pedido de tutela de urgência ou de evidência.

02. Renovando meu entendimento anterior, com base nos princípios da duração razoável do processo, celeridade processual e instrumentalidade das formas, hei por bem determinar a citação *on line* da parte requerida, sem a designação de audiência de conciliação, conforme prescreve o artigo 334, § 4º, do Código de Processo Civil, ficando o réu ciente de que não apresentando defesa escrita no prazo de 15 (quinze) dias, por intermédio de advogado(s), presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos alegados na inicial, salvo se o contrário resultar da prova dos autos.

03. Essa medida se faz importante, diante do crescente número de processos nesta Vara, bem como para não inviabilizar a pauta de audiência deste juízo, além de que se torna mais econômico e viável a realização de audiência somente em casos de necessidade de produção de prova testemunhal. O que, nesse momento processual, ao meu entendimento, não restou configurado, mais futuramente poderá ser analisado por este juízo prováveis requerimentos dessa modalidade de prova judicial.

04. Em caso da parte requerida ter apresentado resposta, comparecendo espontaneamente ao processo, nos termos do § 1º do Artigo 239 do Código de Processo Civil, considero válida a citação inicial da parte. Precedente: “A finalidade da citação é dar conhecimento ao réu da existência de ação contra ele ajuizada, portanto o comparecimento espontâneo de pessoa legalmente habilitada remedeia qualquer possível irregularidade na citação, afastando sua nulidade” (STJ, REsp 671.755/RS, Rel. Min. Castro Meira, 2ª Turma, jul. 06.03.2007, DJ 20.03.2007, p. 259).



05. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

06. Constato que no caso em tela, a necessidade de aplicação da teoria dinâmica de distribuição do ônus da prova em desfavor da parte requerida, nos termos do artigo 373, II, do Código de Processo Civil.

07. Nesse aspecto, neste momento processual já nomeio como perito(s)-médico(s) deste juízo o **Dr.^a Mariângela Nasário Andrade**, devendo o(a) senhor(a) Escrivão(a) no momento processual adequado marcar o exame pericial da parte autora de acordo com o cronograma de disponibilidade fornecido pelo mencionado profissional, conforme comunicação dirigida a este juízo, no endereço ali indicado.

08. Ressalvado meu entendimento pessoal sobre o tema, entretanto considerando as recentes decisões adotadas pelo Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, em nome do princípio da duração razoável do processo, hei por bem seguir aquele entendimento e, via de consequência, arbitrar os honorários do(a) senhor(a) perito(a) judicial em **R\$ 200,00 (duzentos reais)**.

09. Assim, nos termos do § 1º, do Artigo 95 do Código de Processo Civil, determino o recolhimento prévio do respectivo valor em Cartório, dentro do prazo da contestação e respostas - 15 (quinze) dias, pela parte Requerida (**SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**), mediante guia própria, no site do TJ-RR, dando ciência ao(à) senhor(a) perito(a) judicial do depósito e para o início do exame.

10. Com a finalização do exame, com a entrega do laudo em juízo, independentemente de nova decisão judicial, autorizo o levantamento da quantia pelo(a) senhor(a) perito(a) judicial. Caso não seja recolhida a importância, no prazo fixado acima, será considerada falta de interesse da parte na realização dessa prova, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais.

11. Em caso de necessidade de exames complementares (Raio-X, Tomografia computadorizada, etc.), deverá o(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial comunicar este juízo para intimação da parte para complementar o valor do exame médico-pericial, em nova decisão.

12. Fixo o prazo de 15 (quinze) dias para apresentação do laudo pericial, nos termos do Artigo 465 do Código de Processo Civil.

13. Deverá ainda o(a) Senhor(a) Escrivão(ã) providenciar o acesso aos documentos necessários ao(à) Senhor(a) Perito(a), via Sistema Virtual do PROJUDI, para o exame pericial e/ou fotocópias das principais peças processuais (se for o caso), essas últimas às expensas das partes.

14. Com a apresentação do laudo, deverá o(a) Senhor(a) Escrivão(ã) Judicial intimar as partes, via sistema PROJUDI, conforme disposto no parágrafo único do Artigo 433 do Código de Processo Civil.

15. Intimem-se as partes para, querendo, no prazo legal, contados da intimação desta decisão, indicar assistente técnico e apresentar seus quesitos, conforme faculdade do § 4º do Artigo 477 do Código de Processo Civil.

16. Nesse mesmo prazo, fica a parte intimada do dever de comparecimento ao local e horário indicado, ficando ainda à disposição do(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial, pelo prazo necessário e suficiente para a realização da perícia técnica. (O(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial deverá previamente indicar a este Juízo o local, horário ou outra forma de agendamento, através do Cartório, independente de nova decisão).

17. Nos termos do Artigo 474 do Código de Processo Civil, determino ao(à) Sr.(a) Escrivão(ã) que dê ciência às partes, via intimação pelo sistema PROJUDI aos seus respectivos advogados cadastrados, da data e local indicado pelo Senhor Perito para ter início à produção da prova pericial a entrega do laudo pericial, intimem-se as partes para ciência, com prazo de 05 (cinco) dias.

18. Para se alcançar maior celeridade e agilidade na tramitação dos processos, nos termos do inciso XIV^[1] do Artigo 93 da Constituição Federal, determino aos servidores do Cartório desta Vara para adotar os comandos e procedimentos ordinatórios, sem caráter decisório, objetivando a rápida solução da demanda e finalização da prestação jurisdicional, ainda que isso importe em outros atos de caráter conciliatório, administração e executórios, que deverão ser reduzidos a termo o Ato Ordinatório (Portaria Conjunta n.º 001/2016 - publicada no DJe n.º 5876) ou lavrada a respectiva certidão.

19. Cumpra-se, com as cautelas de estilo.

Boa Vista/RR, data constante do sistema.

Jarbas Lacerda de Miranda
Juiz de Direito Titular da 4ª Vara Cível
(Assinado digitalmente)

[1] XIV os servidores receberão delegação para a prática de atos de administração e atos de mero expediente sem caráter decisório; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004).

30/08/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 30/08/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (28/08/2020)

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA