



Número: **0044144-27.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ABIMAELO JOSE DA SILVA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69135 946	06/10/2020 16:49	<u>ANEXO 3</u>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048335

Vítima: ABIMAELO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ABIMAELO JOSE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00913/00914 - carta_01 - INVALIDEZ



00036457

Carta nº 15443221



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:49:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616494902400000067799081>
Número do documento: 20100616494902400000067799081

Num. 69135946 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200048335

Vítima: ABIMAELO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ABIMAELO JOSE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01747/01748 - carta_02 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:49:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616494902400000067799081>
Número do documento: 20100616494902400000067799081

Num. 69135946 - Pág. 2

Carta nº 15457794

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

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200048335 **Vítima: ABIMAELO JOSE DA SILVA**

Data do Acidente: 14/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ABIMAELO JOSE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidade Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: ABIMAELO JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000002551

Conta: 0000036029-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 00805/00806 - carta_30 - INVALIDEZ



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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidade Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200048335 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ABIMAILO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 14/07/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME DO TORNOZELO DIREITO: APRESENTA EDEMA ARTICULA EM TORNOZELO (3+/4+) COM BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A EXTENSÃO, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°, COMPROMETIMENTO DA FLEXÃO E EXTENSÃO IMPORTANTE, DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO E EVERSAO EM 5°, EDEMA GENERALIZADO QUE SE ESTENDE ATÉ REGIÃO DISTAL E PROXIMAL DA Perna DIREITA, VASCULOPATIA PERIFÉRICA IMPORTANTE EM REGIÃO DO TORNOZELO DIREITO, ASSOCIADO A UM EDEMA QUE SE ESTENDE ATÉ REGIÃO DO PÉ COM SINAL DO CACIFE POSITIVO (2+/4+), MARCHA CLAUDICANTE COM NECESSIDADE DE USO DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO.

Resultados terapêuticos: FOI ATENDIDO NO DIA 14/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA BIMALEOLAR EM TORNOZELO DIREITO COM USO DE PLACA DCP 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICIAIS E ESPONJOSOS E PLACA 3.5 MM, RECEBEU ALTA NO DIA 27/07/2019. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/02/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 50% DO TORNOZELO ESQUERDO, COMO FOI ESGOTADO A LATERALIDADE DO SEGMENTO NO SISTEMA, OPTADO POR COLOCAR O DANO EM OUTRO SEGMENTO COM MESMA VALORAÇÃO DEFERIDA.

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



**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: 3200048335
Nome do(a) Examinado(a): Abimael Jose da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Av Severino Ramos C de Melo, 260
Lo Maria Catarina Toritama PE CEP: 55125-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7311846
Data local do acidente: [14/07/2019]
Data local do exame: [17/02/2020] GOIANA [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO TORNOZELO DIREITO

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 14/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA BIMALEOLAR EM TORNOZELO DIREITO COM USO DE PLACA DCP 4,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICais E ESPONJOSOS E PLACA 3,5 MM, RECEBEU ALTA NO DIA 27/07/2019. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPEDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA EDEMA ARTICULA EM TORNOZELO, EDEMA GENERALIZADO QUE SE ESTENDE ATÉ REGIÃO DISTAL E PROXIMAL DA Perna DIREITA, VASCULOPATIA PERIFÉRICA IMPORTANTE EM REGIÃO DO TORNOZELO DIREITO ASSOCIADO A UM EDEMA QUE SE ESTENDE ATÉ REGIÃO DO PÉ COM SINAL DO CACIFE POSITIVO (2+/4+), MARCHA CLAUDICANTE COM NECESSIDADE DE USO DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO.

Data da Alta: 27/07/2019

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

AO EXAME DO TORNOZELO DIREITO: APRESENTA EDEMA ARTICULA EM TORNOZELO (3+/4+) COM BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A EXTENSÃO, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°, COMPROMETIMENTO DA FLEXÃO E EXTENSÃO IMPORTANTE, DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO E EVERSAO EM 5°, EDEMA GENERALIZADO QUE SE ESTENDE ATÉ REGIÃO DISTAL E PROXIMAL DÀ Perna DIREITA, VASCULOPATIA PERIFÉRICA IMPORTANTE EM REGIÃO DO TORNOZELO DIREITO, ASSOCIADO A UM EDEMA QUE SE ESTENDE ATÉ REGIÃO DO PÉ COM SINAL DO CACIFE POSITIVO (2+/4+), MARCHA CLAUDICANTE COM NECESSIDADE DE USO DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO.

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

Sim Não

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

Sim Não

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

BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A EXTENSÃO

DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 25°

DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°

COMPROMETIMENTO DA FLEXÃO E EXTENSÃO

DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO E EVERSAO EM 5°

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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% 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 à valoração do dano corporal.

Tiago Martins Formiga

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Tiago Martins Formiga
CPF - 051.447.734-27
CRM/PB - 8085





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **059-868-594-48** 4 - Nome completo da vítima: **ABIMARZOLIN SILVA**

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

5 - Nome completo: ABIMARZOLIN SILVA	6 - LIV: 059-868-594-48		
7 - Profissão: ADM	8 - Endereço: AV. SANTANA Número 1.20 mto	9 - Número: 260	10 - Complemento: 606
11 - Bairro: 1.0110 MARIA CRISTINA	12 - Cidade: TOAQUIMA	13 - Estado: PG	14 - CEP: 55125-000
15 - E-mail: ADM@ADM		16 - Tel (DDD): (65) 39704-6399	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: **19 - Profissão do Representante Legal:**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

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

AGÊNCIA: **2554**

CONTA: **36029**

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins da requisição de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prazogramento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso disconfer do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a Vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (hermazos): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omitido ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Toronto (PE) 29/03/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Abimael Zou de Silva**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:49:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616494902400000067799081>
Número do documento: 20100616494902400000067799081

Num. 69135946 - Pág. 7



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUISCRICAO - GLORIA DO GOITÁ - DP64°CIRC
 DINTER1/12'DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0154000092

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/01/2020 às 07:50**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **14/07/2019 às 19:30**

Natureza Jurídica: **QUEDA DE CAMINHÃO**

Local ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, PRÓXIMO A ENTRADA DA CIDADE - Distrito: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APlica (AUTOR / AGENTE)
ISRAEL RAMOS LEITE (OUTRO)
ABIMAEI JOSE DA SILVA (VÍTIMA)



64ª CIRCUISCRICAO

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ABIMAEI JOSE DA SILVA**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s):

ABIMAEI JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** / **NASCIMENTO: 25/6/1980** / **Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** / Documento: **7311848505PE (RG) 05888859448 (CPF)** / Estado Civil: **CASADO(A)** / Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** / Profissão: **AGRICULTOR(A)**
 Endereço Residencial: **AVENIDA SEVERINO RAMOS C DE MELO, 280, CASA - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO MARIA CATARINA - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APlica - Rua de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: / Carga do Representante: / Ponto de Contato: no estabelecimento comercial / Telefone de Contato: /

ISRAEL RAMOS LEITE (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** / **Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s):

VEÍCULO CAMINHÃO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ISRAEL RAMOS LEITE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ABIMAEI JOSE DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/MBENZL 1113** / Objeto acomendado: **Não**
 Cor: **AZUL** - Qualidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PNR21381** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Chave: **344014412827228**
 Ano Fabricação/Mostra: **1984/1984** Combustível: **DIESEL**

Complemento / Observação

<https://servicos.siai.mt.mt.gov.br/consultadocu/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616494902400000067799081>

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:49:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616494902400000067799081>

Num. 69135946 - Pág. 8

Número do documento: 20100616494902400000067799081

INFORMA A VÍTIMA QUE NO DIA 14/07/2019 QUANDO POR VOLTA DAS 19:30 HORAS SE DESLOCAVA PARA SUA RESIDÊNCIA E AO PASSAR HA ENTRADA DA CIDADE DE SURUBIM-PE ONDE FOI VISITAR PARENTES, AO TENTAR PARAR O CAMINHÃO QUE O MESMO ESTAVA DE POSSE, QUANDO IA DESCER O CAMINHÃO NO ACOSTAMENTO, O VEÍCULO DESCEU ONDE O MESMO DESEQUILIBROU-SE AO SOLO, SENTINDO FORTES DORES NA REGIÃO DOS PÉS, FOI SOCORRIDO PARA A UPA DE SURUBIM E POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste, DURANTE O PERÍODO DA MADRUGADA FOI DETECTADO FRATURA DA TÍbia E FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINHO EM BEZERROS-PE ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste unidade policial

ABIMAELO JOSÉ DA SILVA

(VITIMA)

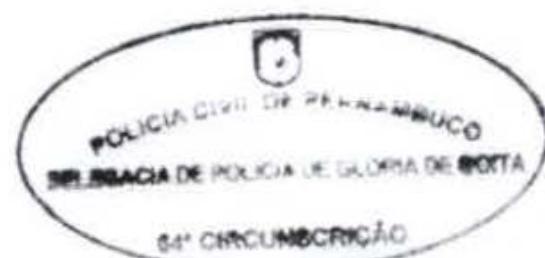
Abimael José da Silva

S.O. registrada por: ~~SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO~~ - Matricula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento

Comendado Especial da Polícia

Mat. 159.816-3





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NPI do sinistro ou ASI: **059-868.594-48** 4 - Nome completo da vítima: **ABIMAILO JOAQUIM SILVA**

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

5 - Nome completo: ABIMAILO JOAQUIM SILVA	6 - CPF: 059-868.594-48
7 - Profissão: None	8 - Endereço: AV. SERTÃO (nº 100) (C. 20 mts)
9 - Bairro: 1010 MANAUS AM	10 - Cidade: Tonina
11 - Cidade: TONINA	12 - Cidade: TONINA
13 - Estado: AC	14 - CEP: 55135-000
15 - E-mail: None	16 - Tel (DDOIS): (61) 99304-6399

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: **None** 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos listados. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **2551** CONTA: **36029** (Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Indicar o encaminhamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base no documento(s) indicado(s) apresentada(s) sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro(herdeira): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, cedendo elenco, anexo, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar o ônus de devolver o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34:

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Tonina (PE), 29/01/2020**

Abimail José da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V002/2019

TESTEMUNHAS



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ABIMAELO JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000036029-9

Nr. da Autenticação 6E62D04B3DE6B8B0



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:49:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616494902400000067799081>
Número do documento: 20100616494902400000067799081

Num. 69135946 - Pág. 11



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B n° 1417553225

Via para Pagamento

Nota Fiscal - Fatura/Conta de Energia Elétrica

Detalhes do Cliente

LUCINEIDE MARIA DA SILVA
528 AV SEVERINO RAMOS C DE MELO 260 CS-
LOTTO MARIA CATARINA/TORITAMA -
55125-000 TORITAMA PE -

Atendimento ao Cliente



CELPE - 116

Atendimento 24 horas

ANEEL 167

Línguas: português de Portugal, inglês e espanhol

Conta Contrato	Nº da Nota Fiscal
007015848884	092076999
Período de Fornecimento	Data da Nota Fiscal
14/12/2019 a 11/01/2020	11/01/2020
Valor Nota Fiscal (R\$)	Data de Vencimento
R\$ 110,35	17/01/2020

BANCO DO BRASIL S/A	001-9	Vencimento	Agência/Cod. Cedente	Especie	Quantidade	Valor do Documento	Desconto/abatimento
1) Outras deduções		14/12/2019 a 11/01/2020	3064-3/54427-2	R\$		R\$ 110,35	
Nosso Número	32174750101898432	Nº do Documento	0501475708	Valor Cobrado	R\$ 110,35		

R\$ 3,45 - Base de cálculo: R\$ 10,00 - Alíquota: 25,00 - Valor do Imposto: R\$ 24,57

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL S/A	001-9	00190.00009 03217.475015 01898.432172 4 81270000011035	Vencimento	CONTRAPRESENTAÇÃO
1) Outras deduções			Agência/Cod. Cedente	3064-3/54427-2
Companhia Energética de Pernambuco - Celpe			Nosso Número	32174750101898432
Vencimento	Nº Documento	Especie Doc	Acerto N	Data prazo
11/01/2020	0501475708			
2) Outras				Valor do Documento
				R\$ 110,35

Instruções

1) Multa por atraso de pagamento: 2% a ser cobrada na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL
2) Multa por atraso no pagamento: 1% a.m. a ser cobrado na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL
3) Autenticação Mecânica - sobre IGPM - Res. 414/ANEEL de 09/09/10 a ser cobrado na prox. fatura
4) Desconto nas contas de recibo/banco da rede bancária
5) Taxa de operação 1111,02% para pagamento em canais eletrônicos ou internet

1) Desconto/abatimento
1) Outras deduções
1+1 Multa/multa pr/ dia de atraso
1+1 Outras Arestas/imp
1+1 Valor Cobrado

R\$ 110,35

007015848884

LUCINEIDE MARIA DA SILVA
46187820487
Sacado/Avulso

PAGAMENTOS COM CHEQUE CORRENTE SERÃO CONSIDERADOS

INATIVOS APÓS COMPENSAÇÃO

Ficha de Compensação Autenticação Mecânica



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:49:49
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616494902400000067799081

Número do documento: 20100616494902400000067799081

Num. 69135946 - Pág. 12



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ABIMAI, JOSE SILVA
 Atendimento: 525315
 Prontuário: 341801
 Data Nasc.: 25/03/1986 Idade: 33 Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS
 CPF: RG: Religião:
 Endereço: RUA LAGOA DO OURO N°: 0
 Bairro: BOA VISTA Cidade: CARUARU Estado: PE
 CEP: 55038120 Fone: 73136822 Profissão:
 Nome da Mãe: LUCINEIDE MARIA DA SILVA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM AUTOMOVEL.
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2. ATENDIMENTO Data: 15/07/2019 00:49

Omnia Editorial CMV

PATIENTS VICTIMS OF THE SAME POLITICAL
PRESENT FEAR IN FIGHTING IN THE FIELD AGAIN

Examination

from Isaac to John
N.Y. 8/1.

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Plant Protection

Primum Recidiva in remittere. 812

—Instruments for the car.

Dr. Thiago Cintra
Urologia e Traumatologia
+55 11 99810 1960

-TAN GEM SWEDISH CO.

第10章 会议与谈判

Dietas:

13

1100

100

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner





Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Drº Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

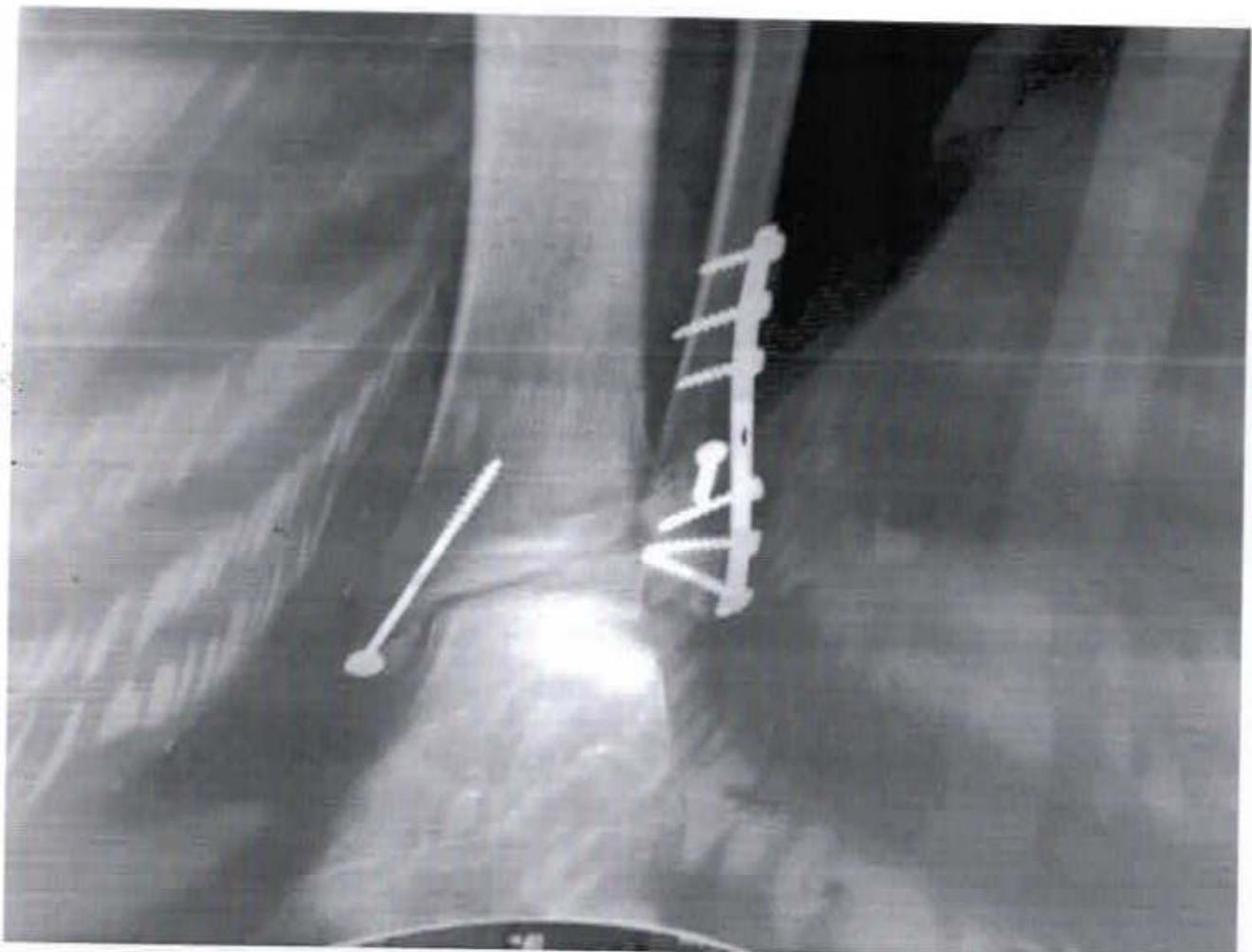
Gravida = HRA
5927-451

Hospital Local:	Município:		
Nome do Paciente:	data de Nascimento:		
Quadro Clínico:			
HDI:	Fratura de fíbula distal + Osteo de frangos.		
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente	CRM:	DATA:	
Dr. José Igor F. da Silva Médico CRM-PE 28372	14107-39	Dr. José Igor F. da Silva Médico CRM-PE 28372	
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão	COREN:	DATA:	
1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída
	Motivo (Registro Detalhado):		
	Assinatura do (a) médico (a): CRM:		
2ª REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:	Município:	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado):		
	Assinatura do (a) médico (a): CRM:		
Assinatura do Responsável			
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem	COREN:		
Assinatura do Motorista	Placa da Ambulância:		

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:49:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616494902400000067799081>
Número do documento: 20100616494902400000067799081

Num. 69135946 - Pág. 16



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:49:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616494902400000067799081>
Número do documento: 20100616494902400000067799081

Num. 69135946 - Pág. 17

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ACIDENTE: (NOME DA VÍTIMA QUE PROPRIÓ PÔDEU)

DATA DO ACIDENTE:	30/07/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	30/07/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Abimael Jose Silveira		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Fratura de Tornozelo direito		

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Treatmente cirúrgico de Tornozelo
Direito

Alto de 30/07/19

ALTA RECUPERATIVA: SIM NÃO

EXISTE ALGUM DÉFITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? SIM NÃO
Caso positivo descrever:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

1 A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSIVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA PELA CURA ATRAVÉS DE

INVALIDEZ PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

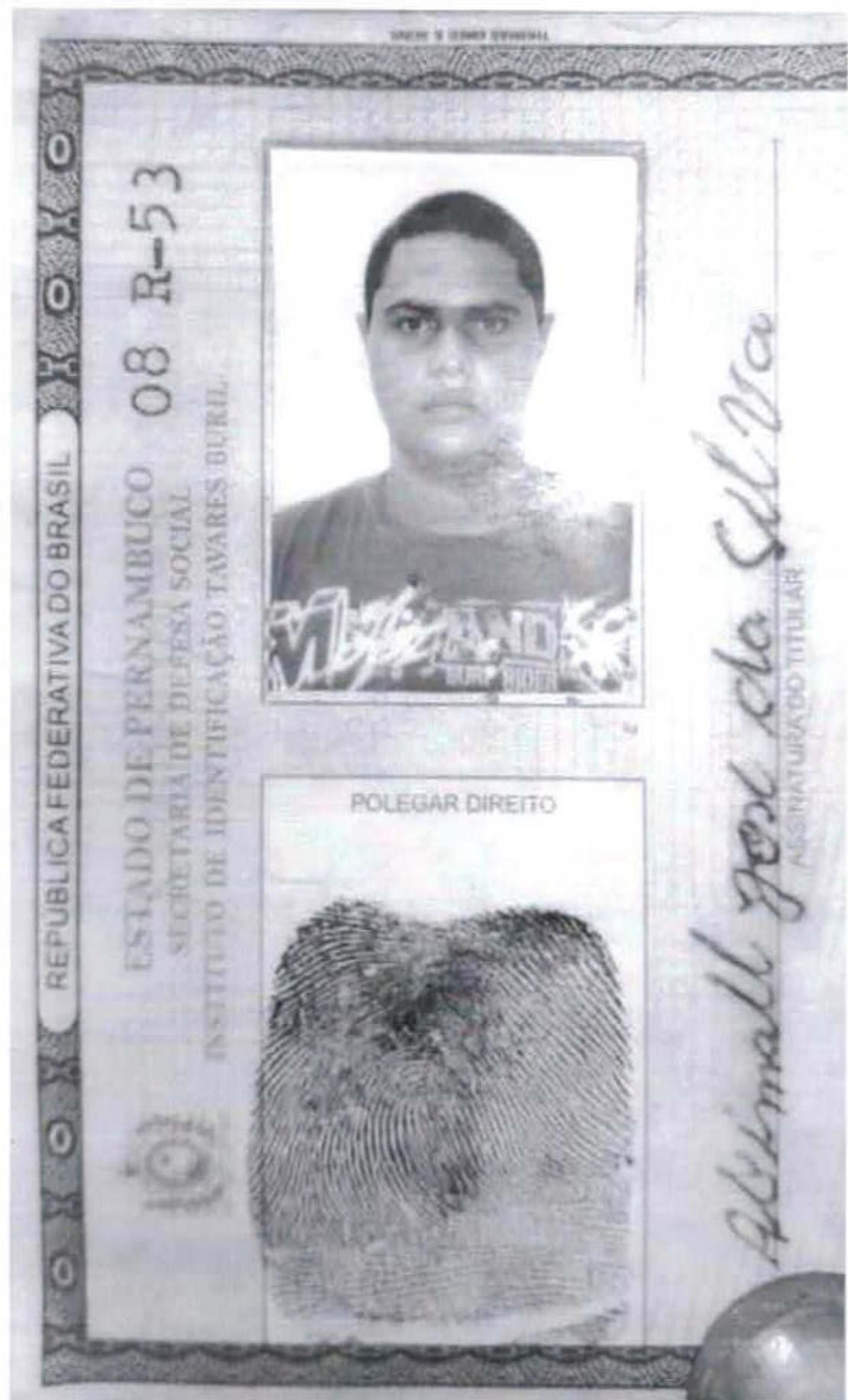
SEGMENTO ANATÔMICO OU ORGÃO ATINGIDO:	
1	Treatmente cirúrgico com lise de fibrose da
2	Fratura com níveis de deslizamento, desvio de
3	rotura interna e externa com rigidez articular
4	Perda de flexão e extensão do membro
5	75% braço

DATA DA AVULSAÇÃO: 06/07/2020 | DATA DA RECUPERAÇÃO: 25/01/2020

Assinatura: Antônio Yves Cordeiro de Mello Júnior | DATA: 25/01/2020

ASSINATURA E CRÉDITO



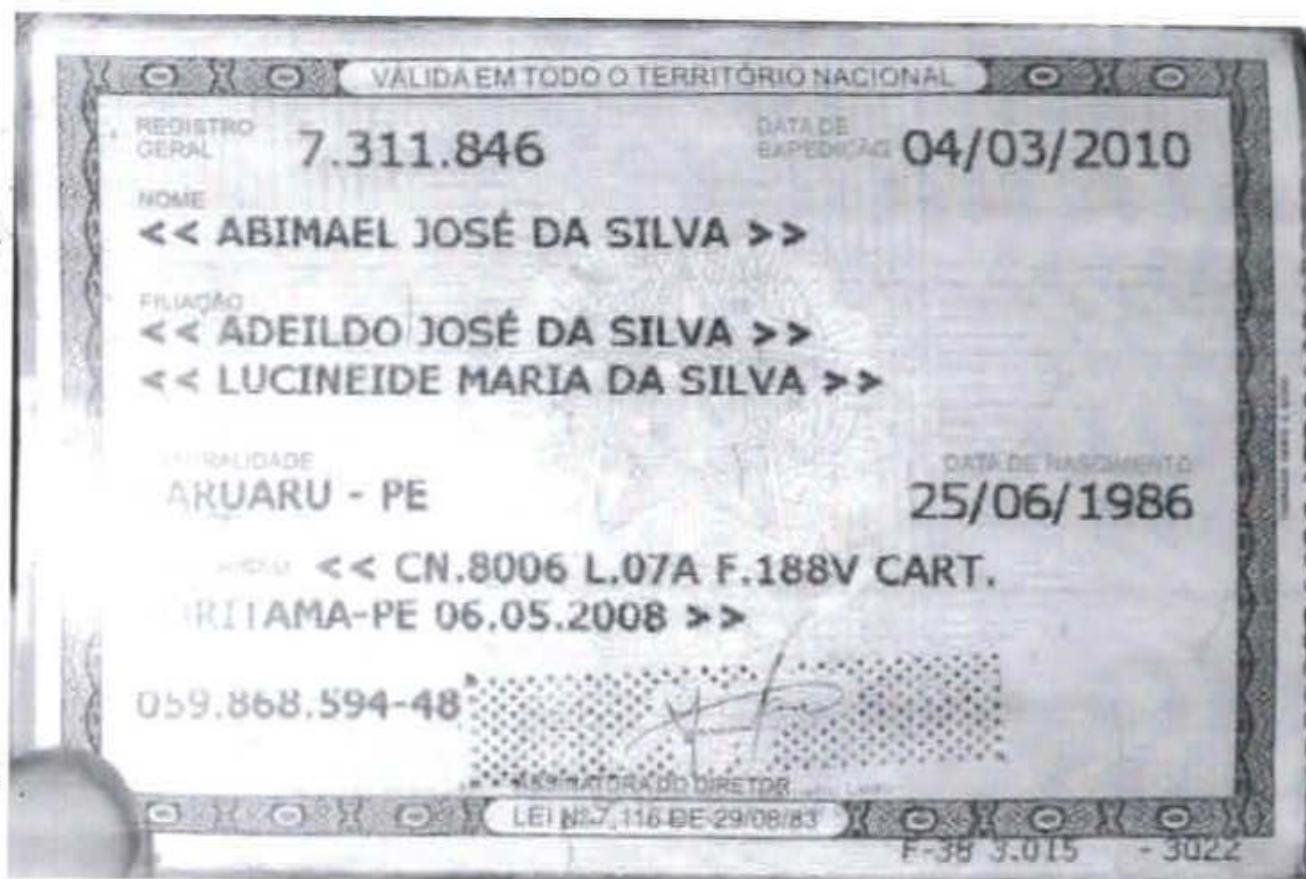


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:49:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616494902400000067799081>
Número do documento: 20100616494902400000067799081

Num. 69135946 - Pág. 19



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:49:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616494902400000067799081>
Número do documento: 20100616494902400000067799081

Num. 69135946 - Pág. 20



Informações sobre o veículo

Placa: MMZ-1361

Espécie/ Tipo: CAR / CAMINHAO

Marca/ Modelo: M.BENZ/L 1113

**Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 0
/ 145 / 0**

Cor predominante: AZUL

Chassi: 34401412627228

Combustível: DIESEL

Ano fabricação/ Ano modelo: 1984

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:49:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616494902400000067799081>
Número do documento: 20100616494902400000067799081

Num. 69135946 - Pág. 21

**VÍTIMA NÃO COMPARCEU À
PERÍCIA MÉDICA.**

SOLICITAR REAGENDAMENTO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:49:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616494902400000067799081>
Número do documento: 20100616494902400000067799081

Num. 69135946 - Pág. 22

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040207/20

Vítima: ABIMAELO JOSE DA SILVA

Data do acidente: 14/07/2019

CPF: 059.868.594-48

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ABIMAELO JOSE DA SILVA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ABIMAELO JOSE DA SILVA : 059.868.594-48

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/01/2020
Nome: ABIMAELO JOSE DA SILVA
CPF: 059.868.594-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

ABIMAELO JOSE DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:49:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616494902400000067799081>
Número do documento: 20100616494902400000067799081

Num. 69135946 - Pág. 23