

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE(S):

MARIANA KEDLEN SOUZA SANTOS, brasileira, Solteira, estudante, inscrita no RG: 4543.109, CPF: 144.647.004-03, representada neste ato por: MÉRCIA BETÂNEA DE SOUSA MACÊDO, brasileira, Solteira, do lar, residente na Rua: DEP. JOSÉ Gaudêncio, 161, Monte Castelo, Campina Grande, PB.

**OUTORGADOS:** RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA, OAB/PB, nº 23.263; FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO, OAB/PB nº 22725 com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 509, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "*ad iudicium et extra*", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudos e prontuários médico, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015. Requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT.

Campina Grande - PB, 20 de Setembro de 2019.

Méricia Betânia Brúte de Sousa  
OUTORGANTE

83 3576-8728 / 98855-1045 / 987088728 |  renanpaivaadvocacia@gmail.com  
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1<sup>ª</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
5<sup>ª</sup> Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Lucena



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

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00092.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00092.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:02 horas do dia 05 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Mércia Betânia de Sousa Macedo**, conhecido(a) por Mercia, CPF nº 091.700.504-06, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Luciene Brito de Sousa e João Batista de Souza, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 06/10/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Deputado José Gaudêncio, Nº 161, complemento CASA, bairro Monte Castelo, tendo como ponto de referência Perto do Igreja Católica Sagrado Coração de Jesus, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

#### Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, Campina Grande/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/08/19 18:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).**

#### Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Automóvel, UF: PB, características gerais: Veículo de Placa e Condutor Não Identificados Ambos

#### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA NA SUA RESIDÊNCIA RECEBEU UMA LIGAÇÃO LHE INFORMANDO QUE A SUA FILHA MENOR DE NOME "MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS TINHA SOFRIDO UM ACIDENTE DE TRANSITO DO TIPO ATROPELAMENTO E TINHA SIDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS EMERGENCIAIS E CIRÚRGICOS POSTERIORES, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL.

#### ADENDO(S):

Que na data 03/03/2020, à(s) 14:38 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Cláudio Manoel Fernandes Marques, matrícula 1685074, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: O NOME CORRETO DA FILHA DA DECLARANTE É "MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS.. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00092.01.2020.1.05.101

1/2

Digitalizada com CamScanner





## 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: 005838110 3 - CPF da vítima: 141.647.004-03 4 - Nome completo da vítima: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS 6 - CPF: 14.647.004-03  
 7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA DÉP. JOSÉ GANDERIO 9 - Número: 162 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: MONTE CASTELO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58407-070  
 15 - E-mail:  16 - Tel (DDD): (83) 98805-6654

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: MÉRCIA BETÂNIA DE SOUSA MACEDO  
 18 - CPF do Representante Legal: 091.700.504-06 19 - Profissão do Representante Legal: DOMÉSTICA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 AGÊNCIA: 221 CONTA: 26669  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

TESTEMUNHAS

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (não nascido): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34  
Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data, Tao Pente, 10/02/2020.

Mercia Betânia Britto Mariana Ketlen Sousa Santos  
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) fora 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

FPS.001 V002/2019

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 14/09/2020 00:48:27  
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091400482693300000032745800  
 Número do documento: 20091400482693300000032745800

Num. 34238334 - Pág. 1



Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 14/09/2020 00:48:27  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091400482693300000032745800  
Número do documento: 20091400482693300000032745800

Num. 34238334 - Pág. 2



Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 14/09/2020 00:48:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091400482843100000032745801>  
Número do documento: 20091400482843100000032745801

Num. 34238335 - Pág. 1



Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 14/09/2020 00:48:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091400482843100000032745801>  
Número do documento: 20091400482843100000032745801

Num. 34238335 - Pág. 2

16/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.  
CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Data: 16/08/2019



Número do Prontuário: 153565 DATA DA CIRURGIA: 16/08/2019

Número do Atendimento: 1962017 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 8 / Lei: 3

### DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

Data da Internação: 07/08/2019

Atendimento: 1962017

Diagnóstico Pré-Operatório:

Diagnóstico Pós-Operatório: 0408050608 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DISTAL DE TIBIA

Cirurgia: OSTEOSINTESE Data da Cirurgia: 16/08/2019

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO  
Aux 2: EVANNE ALVES 4

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 INCISÃO EM FACE ANTEROMEDIAL DE PERNA ESQUERDA + DISSECÇÃO POR

PLANOS + HEMOSTAISA

05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA DE 10 FUROS

06 LAVADO DE FO COM SF

07 SUTURA

08 CURATIVO

Data 16/08/2019

Assinatura/Carimbo  
Wagner Luiz Egito De Araujo

J. Wagner Luiz Egito De Araujo  
DR. ORTOPEDISTA  
CRM PB



07/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-08-07&contar=1962017&IDC=35174



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/08/2019

Horas: 22:53:31

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

1962017

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1962017 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02019 Sexo: S

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 07/08/2019 DHH - 0

Clinica:AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 5 Diagnóstico: FRATURA 1/3 MEDIO DISTAL TIBIA ESQ

DIA 07/08/2019

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE A CRITERIO	5ND
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO , 12h/12h	1
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	OC
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	00
	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	CC

### EVOLUÇÃO

DATA:07/08/2019 HORA:22:23:08

HID - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA Perna ESQ  
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

COND

RX Perna 2 INC

TERNADO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

SOLICITADO EXAMEAS

ASSINATURA + CARIMBO  
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-08-07&contar=1962017&IDC=35174

1/1

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 14/09/2020 00:48:30  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091400482972300000032745802  
Número do documento: 2009140048297230000032745802

Num. 34238336 - Pág. 2





## SINISTRO 3200071868 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

**BENEFICIÁRIO** MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS

**CPF/CNPJ:** 14464700403

### Posição em 10-09-2020 13:08:01

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/03/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





**Poder Judiciário da Paraíba**

**1ª Vara Cível de Campina Grande**

End.: Rua Vice-Prefeito Antônio Carvalho de Sousa, s/n, Liberdade, Cep.:58.410-050- Fone: (83)3310-2439

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**Processo nº 0817679-85.2020.8.15.0001**

Vistos, etc.

**Defiro a gratuidade judiciária ao(s) autor(es).**

**Deixo de designar audiência em razão da necessidade de perícia nos presentes autos, tendo a prática demonstrado impossibilidade de composição em processos cuja classe e assuntos são aqueles que constam dos autos.**

Cite(m)-se o(s) promovido(s), advertindo-lhe(s) que terá(ão) o prazo de 15 (quinze) dias úteis para apresentar(em) contestação, a contar da juntada do AR/Mandado, e que a ausência de defesa implicará revelia e presunção de veracidade dos fatos alegados na petição inicial.

Apresentada contestação, à impugnação, pelo prazo de 15 (quinze) dias úteis.

Determino, desde já e de ofício, exclusivamente, a produção da prova pericial, conforme convênio do e. TJPB com a Seguradora Líder.

Por conseguinte, nomeio a Dra. ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA para o encargo de Perito Judicial, independentemente de termo de compromisso, com os honorários fixados a teor do que prevê o Convênio TJPB 15/2014 em R\$200,00 (duzentos reais) e a serem adiantados pelo réu no prazo de 15 (quinze) dias. **Intime-se.**

Em sequência, após juntada do comprovante, proceda a Escrivania com os seguintes atos: **(a) intimem-se as partes (por meio de seus advogados legalmente habilitados) para, em 05 (cinco) dias, formularem quesitos pertinentes ao objeto da perícia (caso ainda não feito), indicando os respectivos assistentes técnicos e (b) intime-se o nomeado, por telefone e/ou e-mail, para designar dia / local / horário de realização do exame pericial, enviando-lhe os quesitos e intimando-se em seguida as partes (o autor deverá comparecer munido com todos os seus documentos e exames pertinentes). Prazo para entrega do laudo: 10 dias.**

**Deve a perita declarar, acaso solicitada, a presença ou ausência do periciando ao ato da perícia, informando data e hora, além da presença de acompanhante.**

**O advogado tem o dever de comunicar ao periciando a data, local e horários da perícia designada, sob pena de, não realizada a perícia por não comparecimento da parte sem justa causa comprovada nos autos, julgar-se o processo no estado em que se encontra.**



Depositado o laudo em juízo:

- Intimem-se as partes para se manifestarem **sobre a prova acrescida**, em 15 (quinze) dias, vindo-me os autos conclusos a seguir, **para julgamento antecipado da lide**.

- Expeça-se ofício para transferência dos honorários periciais/Expeça-se alvará dos honorários periciais.

**Intimações e demais diligências necessárias.**

**Somente ao fim, devidamente instruído o processo, façam os autos conclusos para sentença.**

Campina Grande, datado e assinado eletronicamente.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: RITAURA RODRIGUES SANTANA - 14/09/2020 21:42:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091421421382300000032763752>  
Número do documento: 20091421421382300000032763752

Num. 34257831 - Pág. 2