



Número: **0800036-66.2020.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **14/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45809123	15/07/2021 16:15	Petição	Petição
45809124	15/07/2021 16:15	2764707_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
45809126	15/07/2021 16:15	2764707_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_03	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190481144

Vítima: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

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, contatos 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

Carta nº 14719846

Pag. 00891/00892 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 01 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190481144

Vítima: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000002176-8

Conta: 000010031650-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 109 684 644 67 Nome completo da vítima: Jose David Braxedes Alves

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

Nome completo: Jose David Braxedes Alves CPF: 109 684 644 67
Profissão: Funcionário Público Endereço: Rua Francisco Nílzio Número: 5K Complemento: com
Bairro: Luiza Vieira Cidade: Diamante Estado: PB CEP: 78998-000
E-mail: seuemail@hotmai.com (83) 987616835 Tel.(DDD): 99910752074

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 2476 8 CONTA: 31 650 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: COMPREV
Nome do BANCO: COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Diamante 15/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura:
Assinatura:
Assinatura:

X Jose David Braxedes Alves
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

001/2018



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaperanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 603 / 2019.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 13 / Abril / 2019 HORAS: 15h

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL. Renato Andersen de Oliveira

Notificante/Vítima:

JOSÉ DEIVID PRAXEDES ALVES, natural de Itaperanga-PB, Solteiro, Func. Público Municipal, nascido no dia 05.12.96, filho de Levi Franco Alves e Josefa Praxedes Alves, RG 3.849.859/SSP/PB e CPF 109.684.644-67, residente na R. Francisco Abílio, 337 centro Diamante/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, estava circulando pelas Ruas de Diamante/PB, conduzindo a moto HONDA CG 150 FAN ESI, cor vermelha, ano 2009/2010, placa NPY2130/PB e chassi 9C2KC155OAR014885, licenciada em nome seu genitor (LEVI FRANCO ALVES), e ao passar pela Rua Dionizio Mangueira (centro), ao desviar de buracos no asfalto, caiu dentro de um deles, sendo então socorrido pelo SAMU para o Hospital Distrital de Itaperanga -PB, em seguida removido para o Regional de Patos e tendo feito cirurgia na Clínica São Francisco.

COMPREV
COMPRESSO PREVIDÊNCIA S/A

15 AGO. 2019

PROTOCOLO

Itaperanga, Pb, 26 de Abril de 2019.

Notificante/Vítima: José Deivid Praxedes Alves

Escrivão Plantonista:

COMPREV
COMPRESSO SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

160 Silva Rodrigues
Esc. Pol. Civil - 114018093
C/DE DE CARTEIRO

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
COMPREV
COMPRESSO PREVIDÊNCIA S/A



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

109 684 644 67 José David Proxenos Alves

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

Nome completo: CPF: 109 684 644 67

Profissão: Funcionário Público Endereço: Rua Francisco Nêlio Número: 5X Complemento: casa

Bairro: Hugo Vieira Cidade: Diamante Estado: PB CEP: 78998-000

E-mail: josedavidproxenos@hotmail.com (83) 987616835 Tel.(DDD): 99910752074

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

AGÊNCIA: 2476 8 CONTA: 31 650 4
(Informar o dígito se existir) (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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, 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.

Local e Data, Diamante 15/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO
José David Proxenos Alves
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

001/2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 - BASE DE DIAMANTE



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 16

SAMU
192

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência Nº	Paciente / Usuário	Idade	Sexo
13/04/19	127	JOSE DAVID PRAYETE ALVES	22a	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
Local da Ocorrência	Bairro	Médico Regulador		
Base do Samu	Centro	Dr. Selenio		
Apelo No Local <input type="checkbox"/> Pm Resgate/bombeiro <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> Cptan <input type="checkbox"/> Strans <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outro				
OTH: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não Encontrado <input type="checkbox"/> Outro				

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS : ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

ANTECEDENTES

<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	MEDICAMENTOS:
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE DO:	PATOLOGIA (S):
<input type="checkbox"/> OUTROS:	ULTIMA ALIMENTAÇÃO:
CINEMÁTICA:	VACINAS:
Queda de moto	
EXAMES FÍSICO:	
<input type="checkbox"/> PÁLIDO/ <input type="checkbox"/> CIANÓTICO/ <input type="checkbox"/> ICTÉRICO/ <input type="checkbox"/> SUDOREICO/ <input type="checkbox"/> PELE FRIA	<input type="checkbox"/> TCE/ <input type="checkbox"/> TRM/ <input type="checkbox"/> FRATURA/ <input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ENTORSE/
<input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA/ <input type="checkbox"/> ISOCÓRICO/ <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICO/ <input type="checkbox"/> MIÓTICO	<input type="checkbox"/> LUXAÇÃO/ <input type="checkbox"/> FACE/ <input type="checkbox"/> PCR/ <input type="checkbox"/> FABI/ <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO/
<input type="checkbox"/> DOR: LOCAL	<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO/ <input type="checkbox"/> QUEIMADURA/ <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO/
<input type="checkbox"/> DISPNEIA/ <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA/ <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE/ <input type="checkbox"/> HEMOPTISE	<input type="checkbox"/> DESABAMENTO OU SOTERRAMENTO/ <input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA <input type="checkbox"/> QUEDA MOTO / QUEDA ALTURA metros
TIPO DE FERIMENTO E LOCAL	
Acionamento nos HHZ e fratura de rádio no HHZ	

DESTINO

Local: HHZ Responsável: Dr. Felipe Guedes Médico CRM - PB 12266 Função: Atendente

DADOS VITAIS

VVAA: ☐ Livre ☐ Obstruída RESPIRAÇÃO: ☐ >30 lpm ☐ <30 lpm PERFUSÃO CAPILAR: ☐ Retardada ☐ Normal PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90 mm Hg PA: 100/80 FC: 95 FR: 18 SPO₂: 96 SPO₂: 96 C/O: 36,8 GLICEMIA: 129 e. Coma:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: Fratura de membro superior relacionado à acidente de moto

INTERVENÇÕES: Imobilização do membro fraturado e administração de

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: Paciente do sexo M, 22 anos, consciente e medicado

orientado, porém utilizando mão à base do samu, queixando-se de dor no antebraço em decorrência de um acidente de moto, realizado raio-x e enfermagem fratura no HHZ, onde o membro superior foi regulado no CHP (Patos).

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Thays COREN: 301.521 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Fabiano Ventura Dias COREN: 1325701

CONDUTOR: Apai Luis

RECUSA

NOME:

ASSINATURA:

TESTEMUNHA:

R.G:

TESTEMUNHA:



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02176-8

CONTA: 000010031650-6

Nr. da Autenticação 200187E02B3CBA08



JOSEFA PRAXEDES ALVES
RUA FRANCISCO ABUJO DE SOUZA, S/N - LUIZ VIEIRA
DIAMANTE/PR CEP: 85890000-154

Ligação: MONOFÁSICO
Código: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 7 - 155-300-4280 Referência: 10/1/2018
Medidor: 00009317525 Emissão: 11/04/2019

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S/A
R-230, km 45 - Q-2 do Resendeiro - João Pessoa/PR - CEP: 85071-690
CNPJ: 08.095.783/0001-40 Ins. Est. 18.618.023-0

Nota Fiscal/Contas de Energia Elétrica Nº 23.212.077
Cód. para DAta Automática: 0000709384

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Abr / 2019	11/04/2019	13/05/2019	034.065.344-09

UC (Unidade Consumidora): **5/720639-4**

Canal de contato
Declaração de Entrega Anual de Contas:
Conforme previsto na Lei 10.007 de 25 de Junho de 2009, observamos e autuamos as contas referentes aos fatos ocorridos no período de 01 de Janeiro de 2018 a 31 de Dezembro de 2018. Esta declaração é emitida para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quais são lançadas nos faturamentos mensais dos devedores do ano e que se refere a dois anos anteriores.
As contas de energia serão lançadas no site da empresa no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas postagens, assim como de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
19/03/19	18812	11/04/19	19131		219	20
Demonstrativo						
001 - Descrição						
0001 - Consumo em kWh						
219,000 0,004430 167,11 167,11 21 60,51 167,11 207 9,94						
0807 - CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA						
0804 - JUROS DE MORA 03/2019						
0805 - MULTA 03/2019						
CC - Carga de Classificação de 55kW TOTAL						
Tarifa M. Trimestre 0,571770 209,80 167,11 60,51 167,11 207 9,94						

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
[REDACTED]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
[REDACTED]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
15 de Novembro de 2007
INSTITUTO NACIONAL DE METEOROLOGIA

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

RG: 5652141- SSP PE

CPF: 039.247.064-09 DATA NASCIMENTO: 13/04/1978

FILIAÇÃO: ADELSON DOS SANTOS

CÔNJUGE: RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO: 00000000000000000000000000000000

VALIDEZ: 20/06/2023 1ª EMISSÃO: 14/06/2007

Nº REGISTRO: 04119219971

15 AGO. 2019

1424948517

PROIBIDO PLÁSTICO

1424948517

LOCAL: SERRA TALMADA, PE

DATA EMISSÃO: 21/06/2017

PERNAMBUCO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA GUYTON FIGUEIREDO, 22 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 50780000 (A3.154)

ENERGISA
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 280, Km 25 - Centro Redentor, João Pessoa/PB - CEP 58071-000
CNPJ 06 606 180 / 0001-40 Insc. Est. 18.016.825-0

Localização: MONOFÁSICO
Classe: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Retiro: 7 - 154 - 28 - 3112 Referência: Mai/2019
Medidor: 00008967427 Emissão: 13/05/2019

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 04746417
Cód. para Desc. Automático: 000428228

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Mai/2019	13/05/2019	11/06/2019	039.247.064-09

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Canal de contato

Atente-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em t.me/gov_servicovacinas

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
11/04/19	2146	13/05/19	2825	32

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0001	Consumo em kWh	198,00	0,440260	87,17	198,00	33	43,19	159,98	1,56
0001	Adc. E. Amortiz.	1,13	1,13	27	0,30	1,13	0,01	0,08	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA	16,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0804	JUROS DE MOFRA 04/2019	0,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 04/2019	2,83	0,00	0	0,00	2,00	0,00	0,00	



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 0392447066 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Venici Proxeden Alen Inscrito (a) no CPF sob o Nº 109 684 644 / 62
do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Jose Venici Proxeden Alen

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 109 684 644 / 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

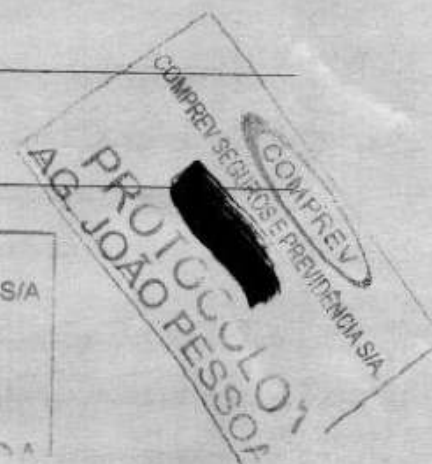
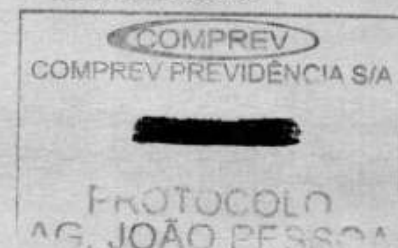
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Benedito Figueiredo</u>	Número:	<u>22</u>	Complemento:	<u>cma</u>
Bairro:	<u>centro</u>	Cidade:	<u>Itapiranga</u>	Estado:	<u>PR</u>
E-mail:	<u>edilson.morenzino@hotmail.com (83) 988616825</u>			CEP:	<u>58780 000</u>
				Tel.(DDD):	<u>999471520 74</u>

Local e Data: Itapiranga 15/05/2019

Edilson Rodrigues da Silva
Assinatura do Declarante



DLRL.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Levi Franco Alves

RG nº 1280976

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

, data de expedição 16/01/1988

Órgão SSP/PB

, portador do CPF nº 59397470434

com domicílio na cidade de Diamante, no Estado de

Paraná

, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Francisco de Sá

nº 9/N

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Jose Leinid Proxedes Alves

, cujo o condutor era

o mesmo

Veículo: moto Modelo: Honda/CG 150 FANESI Ano: 2009/2010

Placa: XPV 2130 Chassi: 9C2KC1550AR014885

Data do Acidente: 13/04/2019

Local e Data: Itaporanga 03/05/2019

Levi Franco Alves

Assinatura do Declarante

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
E NOTAS DE DIAMANTE

Comarca de Itaporanga - PB

Auridete Franco de Santana Oliveira

Oficial do Registro (Caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Auridete Franco de Santana

Escrevente Compromissado

Levi Franco Alves
POR AUTENTICIDADE

Diamante - PB 03 de 05 de 2019

Em test. de Auridete Franco de Santana Oliveira

Assinatura do Condutor

Tribunal de Justiça do Estado de Paraíba

SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO

Selo Normal - Tipo - B

Outros Atos Registros

AIG12978 - NRSZ

Confira os dados do ato em

<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emendamentos: R\$ 9,91

Emendamentos: R\$ 0,29



Relatório Médico

José Deivid Praxedes Alves

Paciente vítima de acidente de trânsito no dia 13/04/2019. Apresentou como lesão fratura completa de rádio direito e fratura distal de rádio direito. Realizou imobilização cruenta com placa e parafuso e fio de Kirchner. Não realizou fisioterapia. Apresenta como sequelas diminuição do movimento de rotação do membro superior direito, com diminuição de força e parestesia. Alta médica a partir desta data.

01/08/2019

Dr. W. R. Gomes Muniz
Médico
CRM-PB 11440



Dr. Fernando Jucá.



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
Nº 1030 PESSOA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: Itapora
PARA: Itapora
ENCAMINHO: José David Pinheiro Alves IDADE: 22a. SEXO: Masculino.
RESIDENTE: Rua Getúlio Vargas
MUNICÍPIO: Diamante UF: PB
PA 100 x 80 -- 112 MM/HG °C TEMP _____ PESO _____ KG

15 AGO. 2019

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

Queda de moto há +/- 1 hora; Reforço de, edema e deformidade em punho (D); Nega outros sintomas.
Ao exame: BCG, PPA, normocorado, inchado, Vigil, orientado, alcalizado

AC/AP: NDN

De, edema e deformidade em punho direito.
* Bx de punho direito evidenciando fratura em terço médio do rádio direito.

Solicito avaliação e conduta

13/04/19

HORA: 17:38h

Dr. Filipe Guedes
Médico
CRM - PB 12266



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2605473 CNPJ 08.778.268.0023/76
NOME HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO RUA HORACIO NOBREGA, S/N
CIDADE PATOS UF PB

CLASSIF. RISCO VERDE
ORIGEM PRÓPRIA RESIDENCIA
PACIENTE JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES
NOME SOCIAL
FILIAÇÃO I JOSEFA PRAXEDES ALVES
NASCIMENTO 05/12/1996 FILIAÇÃO II LEVI FRANCO ALVES
PROFISSÃO DIRETOR DE COMPRAS IDADE 22a 4m COR PARDO GÊNERO M
ENDEREÇO RUA FRANCISCO ABILIO nº357 BAIRRO CENTRO
CIDADE DIAMANTE U.F PB CEP 58994000
TELEFONE CELULAR 83987402021
CNS 700400516317750 R.G 3.849.859 CPF REG. NASC.
ESTADO CIVIL SOLTEIRO

F.A.A 39256 PRONTUÁRIO 22118
MOTIVO ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA
DATA 14/04/2019 Horário: 06:35 OPERADOR MMAIA
CARATER 02 -URGENCIA TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCI
CONVÊNIO SUS AMBULATORIO
TRANSPORTE VEICULO PROPRIO
MÉDICO WAERSON JOSE DE SOUZA

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= PA= X mmHg TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente vítima de queda de
moto e trauma no antebraço D.
Dor + edema + hematoma + neurovasc

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

Aponte hemograma A p e l

SOLICITAÇÃO DE/PARECER

H min

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

CID

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

Dr. Waerson José Sousa
CRM 22118
Especialista em Trauma Infantil





Hospital São Francisco

Boletim de Admissão

Nº _____

Data de Nascimento: 05/12/1996

Nome: 54012 - Jose Delvid Praxedes Alves Idade: 22 anos Sexo: MASC.
Estado Civil: Solteiro Profissão: _____ Origem: Diamante / PB
Responsável: _____ Categoria: PARTICULAR
Endereço: Rua Francisco Abílio, 337 - - Centro - Diamante - PB -

Data e hora de admissão: 14/04/2019 13:11 - Alta 15 / 04 / 19 Hs. 11:45

Internamentos anteriores neste Hospital: ☐ Sim ☐ Não

Internamentos em outros Hospitais: DR FERNANDO ☐ Não

Médico assistente Dr. _____ CRM: 5332

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

GAZUNHA SAGRAI

ARTO PIN

MOTIVO DA ALTA

Indisciplina ()	Transferido ()
Curado ()	A Pedido ()
Melhor ()	Falecido ()

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

O MESMO

EM CASO DE FALECIMENTO, CAUSA:

Primária: _____

Secundária: _____

Observações: _____

CID: 552

ANAMNESE:

EXAME OBJETIVO:

AP. Recepcionista: Jair Pereira Soares Filho 14/04/2019 - 13:11

CLÍNICA:

Obstétrica () Cirúrgica () Médica () Pediátrica ()

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, Laboratórios)

[Handwritten signature]



Cirurgião Dr. Adriano José CRM: 5322 Auxiliar: 14/4/19 CRM: _____

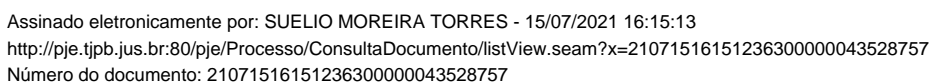
Anesthesia: 1. Ketorolac

Data: ____/____/____ Descrição da Operação: _____

(1) Jantar com a 180. (2) ABCPSH e ALB. HPSH
 (3) Pedagogia para crianças. (4) Jantar universitário.
 (5) Jantar do núcleo da PKA, mini OCP, OG
 Furos. (6) Suco. (7) Jantar Antieuter no dia -
 ultra de 12 por dia. (8) Jantar Antieuter no dia -

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.





Hospital São Francisco

Se precisar estaremos aqui.

RUA PEREGRINO FILHO, 199 | CENTRO | PATOS - PB
Cep: 58.700-450 | TELEFONE: (83) 3421.3454
e-mail: contato@hsaofrancisco.com
www.hsaofrancisco.com

FICHA DE CONSUMO CENTRO CIRÚRGICO

QUANT.	DESCARTÁVEIS
	Aguilha p/ Raque Spinal <input type="checkbox"/> 25g <input type="checkbox"/> 27g
	Aguilha Peridural Nº
01	Aguilhas <input type="checkbox"/> 13x4,5 <input type="checkbox"/> 25x7 <input checked="" type="checkbox"/> 40x12 <input type="checkbox"/> 40x16
08	Algodão Hidrófilo (gramas)
08	Algodão Ortopédico (gramas)
	Atadura de Crepon Nº 15cm
	Atadura Gessada Nº
01	Bolsa Coletora de Urina Sist. Fechado
	Cateter Jelco <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 18 <input checked="" type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 24
	Cateter Nasal de Oxigênio
	Cilindro Umbilical
	Dreno Penrose Nº
	Dreno Sucção Nº
	Dreno Torax Nº
	Duplicador de acesso venoso (2 vias)
05	Eletródos descartáveis
01	Equipo macropotas <input type="checkbox"/> c/nl. <input type="checkbox"/> s/nl
	Equipo micropotas <input type="checkbox"/> c/nl. <input type="checkbox"/> s/nl
	Equipo para infusão sanguínea
	Escalpe <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24
10cm	Escova com PVPi
	Espatradrupo (cm)
08	Espatradrupo micropore (cm)
	Gaze estéril (pacote)
	Gaze não estéril (pacote)

QUANT.	DESCARTÁVEIS
01	Lâmina de Bisturi <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 15 <input checked="" type="checkbox"/> 24
03	Luvas estéreis Nº
	Luvas não estéreis Nº
	Máscara descartável
	Pro-pé descartável
	Pulseira RN
	Seringa 1ml
	Seringa 3ml
02	Seringa 5ml
04	Seringa 10ml
	Seringa 20ml
	Sonda de Foley Nº
	Sonda Nasogástrica <input type="checkbox"/> Longa <input type="checkbox"/> Curta
	Sonda Uretral Nº
	Touca Turbante Sanfonada
01	Tubo Endotraqueal Nº
	Aguilha

QUANT.	DESCARTÁVEIS
	Cat Gut Cromado 0 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Cat Gut Cromado 1.0 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Cat Gut Cromado 2.0 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Cat Gut Cromado 3.0 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Cat Gut Simples 0 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Cat Gut Simples 1 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Cat Gut Simples 2 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Cat Gut Simples 3 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Cat Gut Simples 4 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Cat Gut Simples 5 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Monocryl Nº
	Monocryl 1
	Monocryl 2
01	Monocryl 3
	Monocryl 4
	Monocryl 5
	Monocryl 6
	Polycot 0 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Polycot 1 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Polycot 2 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Polycot 3 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Prolene 0
	Prolene 2
	Prolene 3
01	Vicryl Nº 2.0

NOME: João Sávio Soares Alves ADMISSÃO: Part.
SEXO: Masculino IDADE: 22.9 ENFIAPT: Part.
INTERVENÇÃO: Proct. Cirurgião Int. de Ant. Inaço
CIRURGIÃO: Dr. Fernando Jucá CRM:
PRIMEIRO AUXILIAR: CRM:
PEDIATRA: Dr. Augusto CRM:
ANESTESISTA: Dr. Augusto CRM:
DATA DA INTERVENÇÃO: 14/01/19 HORA: 14:45 TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio de perit.

Nome: Jose NURS

Idade: 22a Cor: Enf./Apto: 208 Leito: 01 Categoria: Particular

RELATÓRIO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

14/5/16 ① Dieta líquida RPA 100-130 pres-
TÍTULO

② SNT 3000 mg, 12

③ Cefotaxima 01 g, 12/18, 6/18

④ Difenil (40) - 12, 01 vertpru

⑤ Dipirona 01 amp, 12, 6/18, 6/18

⑥ Curamal (50) 12, 12/18, 6/18

⑦ Otasit 01 amp, 12, 8/18, 6/18

Dr. Fernando Jucá
CRM-PR: 5132 / CML-PR: 1225
ORTOMEDIA TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS

Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	35,8	SpO ₂ :	95	R:	36	SpO ₂ :	98	R:	36	SpO ₂ :	96
PA:	120	x	70	PA:	120	x	80	PA:	120	x	80
HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl
Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml

Maria de Fátima
Téc. Enfermagem
COREN 485.976 PB

Nome: JOSE ALVES

Idade: 22 anos Cor: OL Leito: 01 Categoria: 1

RELATÓRIO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

DATA

15/4/19 @ Diem d. me
@ Sat. 1000 mg. r
@ Cefotaxima - 0,5g, 4x, 0,6m
@ Dipirona - 0,25g, 4x, 0,6m
@ Omeprazol - 20mg, 1x, 0,6m

Dr. Fernando Lima

SINAIS VITAIS

06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
Tax:	°C	Irpm	P:	Tax:	°C	Irpm	P:	Tax:	°C	Irpm	P:	Tax:	°C	Irpm	P:
R:			SpO ₂ :	R:			SpO ₂ :	R:			SpO ₂ :	R:			SpO ₂ :
PA:	x			PA:	x			PA:	x			PA:	x		
HGT:				HGT:				HGT:				HGT:			
Diurese:				Diurese:				Diurese:				Diurese:			



Hospital São Francisco

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: <i>Jonivine Poydas Gus</i>		Idade: <i>22a</i>	Enfermaria: <i>308</i>	Leito: <i>01</i>	Date: <i>14.04.2019</i>				
DIAGNÓSTICO		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outros ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuar ()	Outro ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregular ()		Lesão neurológica ()		Anorexia ()	Dor abdominal ()		
		Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()	
		Fatores psicológicos ()	Outros ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()		
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo muscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()		Outro ()	
		Ansiiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()			
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()		Outro ()	
		Outros ()				Relato verbal de dor ()			
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outros ()	Aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()			
		Aumento da taxa metabólica ()				Tequilcardia ()	Tequilpnéia ()	Outro ()	
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele (X)	Invasão de estruturas do corpo ()		
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro (X) <i>Pro. p.</i>		Rompimento da superfície da pele (X)			
7	Mobilidade física prejudicada	Ansiiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular ()		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro ()	
		Prejuízo musculoesquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()			
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()		
		Asfite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()	Belimento de asa d., nantz ()	Ortopnéia ()	Outro ()	
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Drenos ()	Outros ()						
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos (X)	Defesas primárias inadequadas ()						
		Procedimentos invasivos (X)	Outros (X) <i>Pro. p.</i>						
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()	Medicações ()						
		Extremos de idade ()	Agitação / Desorientação ()						
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade / controle do sono ()	Outros ()			Mudança do padrão normal do sono ()		Outro ()	
		Ruídos ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()			
13	Outros								
14	Outros								

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal		<input type="checkbox"/> Observar de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada	
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentos balanceados e não infantis		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável	
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência, efêmera)		<input type="checkbox"/> Melhorar a acaloriação alimentar	
<input type="checkbox"/> Manter glicemia capilar, anotar e medir CPM		<input type="checkbox"/> Melhorar a acaloriação alimentar e espaço das eliminações	
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar para as queixas de náuseas e vômitos (anotar, medir CPM, reavaliar em 30 minutos)	<i>sempre! por</i>		
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (selecção, frequência e quantidade)			
<input type="checkbox"/> Observar e documentar dificuldades alimentares			
<input type="checkbox"/> Encorajar ao tanto de chupeta			
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (SN) com lavagem de cabeça e corpo satisfatório			
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as prescrições, causas da dor			
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável			
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor			
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar interações de sinais vitais	<i>sempre! de 12 em 12 h</i>	<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada/ausente)	
<input type="checkbox"/> Administrar analgésico conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação			
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos	
<input type="checkbox"/> Monitorar e ingerir de líquidos			
<input type="checkbox"/> Observar reações de desidratação/oligúria			
<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com a necessidade ou ACM	<i>sempre!</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorar a integridade da pele	
<input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo <i>como mudança, etc.</i>	<i>sempre!</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão	
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular hidratação da pele			
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito		<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz	
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado			
<input type="checkbox"/> Monitorar oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%		<input type="checkbox"/> Melhorar os perfusos vasculares	
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura)		<input type="checkbox"/> Melhorar de perfusão vascular	
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação da pele (mucosas, edemas, pulso e frequência cardíaca)			
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/quimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais fisiológicos			
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72h	<i>sempre!</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção	
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desintoxicação com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações	<i>sempre!</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos	<i>sempre!</i>		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência)		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda	
<input type="checkbox"/> Manter as grandes do leito elevadas			
<input type="checkbox"/> Conforto do paciente quando necessário			
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo			
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito			
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação CPM	<i>sempre VPM</i>	<input type="checkbox"/> Melhorar do padrão de sono	
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros	
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros	

HORA: _____

DATA: _____

Isabella F. S. Lima
Enfermeira
COREN-PB: 504.834

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____



Hospital São Francisco

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME:	José Derival Bracedes Alves			REGISTRO:			LEITO:	208.01	SETOR ATUAL:	Terceiros
IDADE:	SEXO:	COR:	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE:	PROFISSÃO:					
55a	Masculino		solteiro	Itapiranga - PB	serviço público					
Data de internação hospitalar: 14, 04, 19				Data de internação no setor: 14, 04, 19						
Tem um Cuidador / Responsável: (x) sim () não				Quem? George (amigo)						
Telefone: 83987446981										

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivos: <u>mda</u>	Alergias: () sim () não	Qual:
Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade () Tabagista () Ex-Tabagista () Neoplasia () hiper/ hipotireoidismo () Alzheimer () parkinson () outras Qual:		
() Alcoolismo () Drogadição () Outros: Medicamentos em uso:		

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Queixa principal (motivo da internação hospitalar)

Queda de vaso com fratura do braço ^{ante-}

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C: P: bpm: FR: Irpm: PA: mmHg: FC: bpm: SPO2: %
HGT mg/dl: Peso: Kg: Altura: cm Dor: () Local Obs:

5. EXAMES LABORATORIAIS SOLICITADOS:

Raio X antebraço direito AP e Perfil

6. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
Mobilidade Física: (X) Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:
Linguagem: Alteração: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria
OBS.:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Máscara Reservatória
(X) Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispneia () Outros

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presentes: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros

Tosse: () Improdutiva () Produtiva

Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água

Data da inserção do dreno: ____/____/____

Aspecto da drenagem torácica:

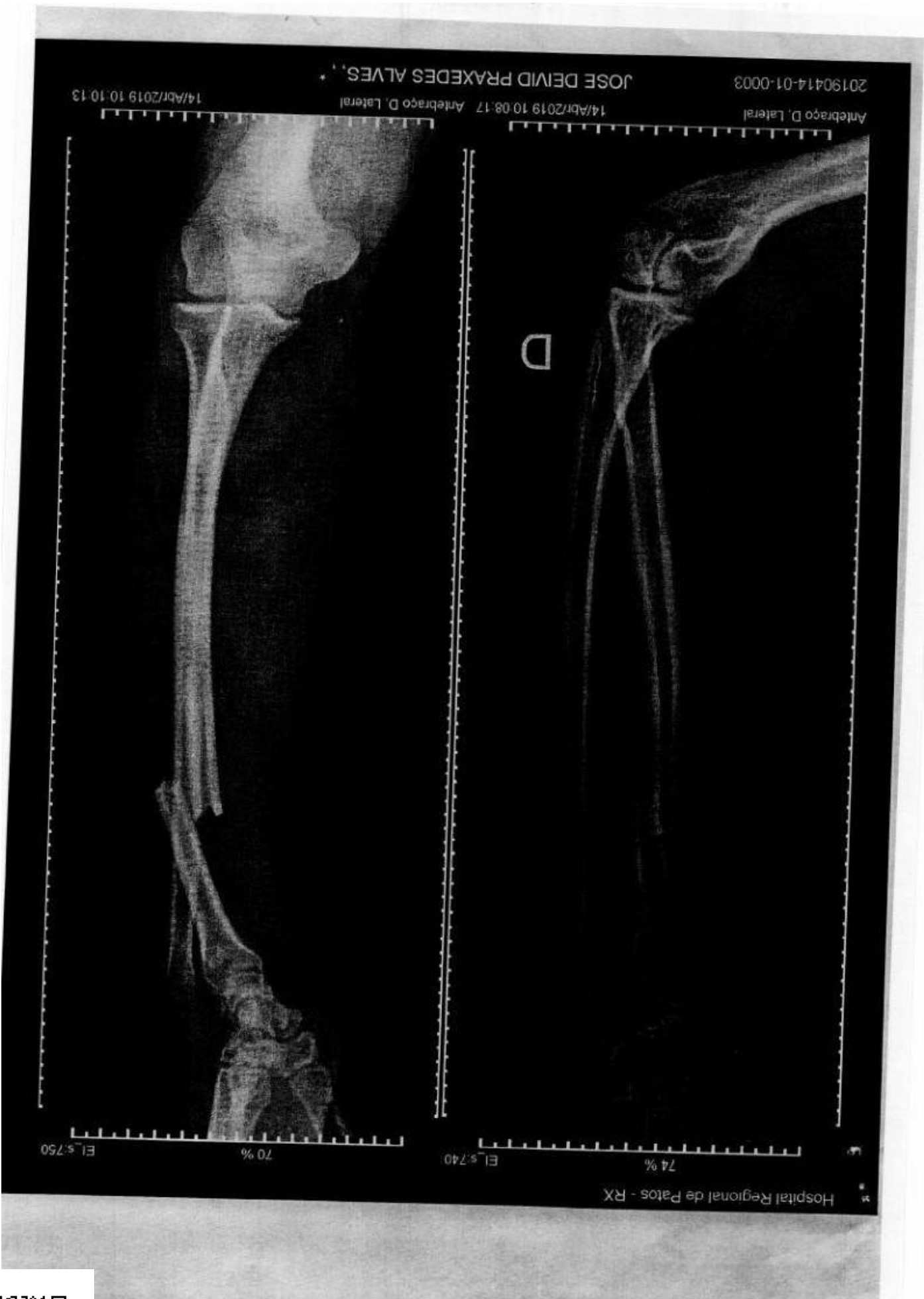
PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda Observação:





20190414-01-0003

Antebraço D, Lateral

14/Abr/2019 10:08:17 Antebraço D, Lateral

14/Abr/2019 10:10:13

D

74 %

El. s. 740

70 %

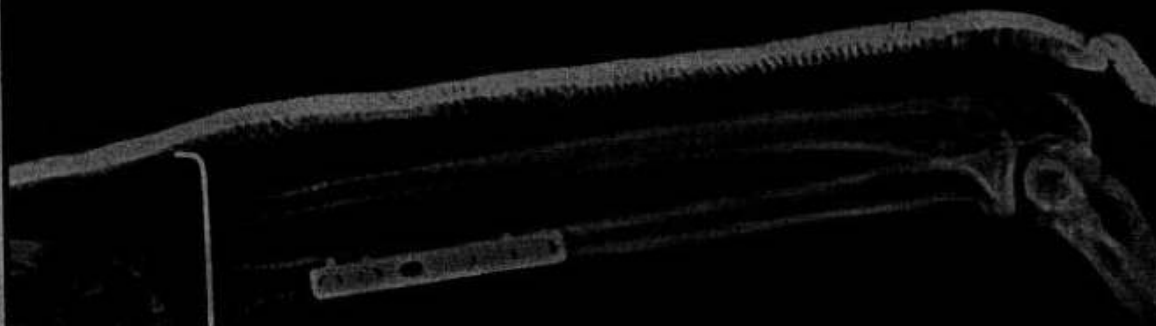
El. s. 750

Hospital Regional de Patos - RX



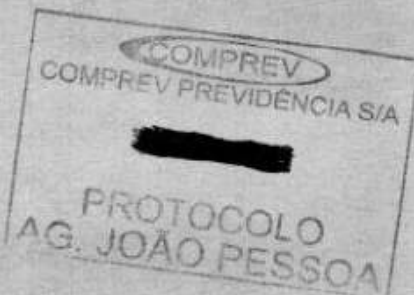
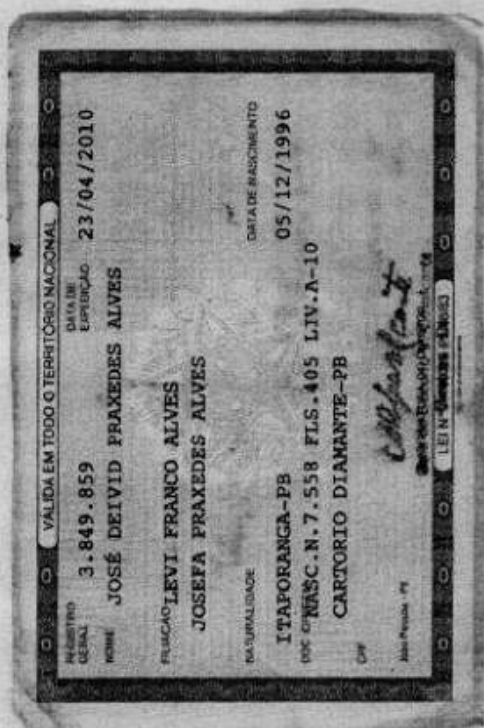
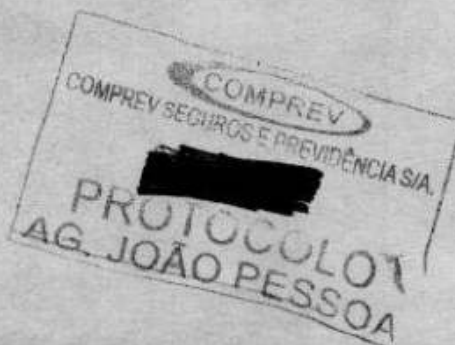
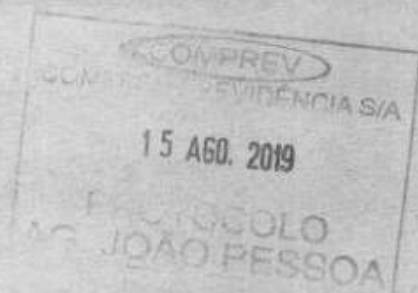


AP



BEREIT





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
15 de Novembro de 2007
INSTITUTO NACIONAL DE REGISTRO DE IMÓVEIS

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 039.247.064-09 DATA NASCIMENTO: 13/04/1978

FILIAÇÃO: ADELSON DOS SANTOS
CÔNJUGE: RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO: 04119219971 VALIDEZ: 20/06/2023 1ª EMISSÃO: 14/06/2007

LOCAL: SERRA TALMADA, PE DATA EMISSÃO: 21/06/2017

PERNAMBUCO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 AGO. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA GUYTON FIGUEIREDO, 22 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 50700-000 (A3.154)

Local: MONOFÁSICO
Classe: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Retiro: 7 - 154 - 28 - 3112 Referência: Mai/2019
Medidor: 00008967427 Emissão: 13/05/2019

Energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 280, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-000
CNPJ: 06.606.180/0001-40 Insc. Est. 18.016.825-0

Vale Fatura / Conta de Energia Elétrica Nº 24.746.417
Cód. para Desc. Automático: 090428228

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Mai/2019	13/05/2019	11/06/2019	039.247.064-09

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Canal de contato

Atente-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
table.gov.br/vacinaobrasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/04/19	2146	13/05/19	2825	7	168	32
Demonstrativo						
COD	Descrição	Quantidade Teórica	Valor unitário	Custo	Valor (R\$)	Valor (R\$)
		Total (R\$)		Custo (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
0001	Consumo em kWh	198,00	0,840260	166,38	166,38	1,56
0001	Adic. E. Amortiz.	1,13	1,13	27	0,30	1,13
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA	16,72	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE MOFRA 04/2019	0,25	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 04/2019	2,83	0,00	0	0,00	0,00





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190481144 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES **Data do acidente:** 13/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DIREITO. P2/13

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P6 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO (PÁGINA 1) DATADO DE 01/08/2019, PELO DR. WRYELL GOMES MUNIZ, CRM: 11480.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



CARTA A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

Itaporanga/PB, 01 de Agosto de 2019.

BENEFICIÁRIO: Jose Venard Proxeden Alves

CPF: 109 684 644 67

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSEP nº 332 de 09/12/2015, § 4º (O procurador a que se refere o parágrafo anterior deve ter poderes específicos reclamar o DPVAT, inclusive para apresentar e firmar documentos, direito que lhe é assegurado pela legislação).

Eu: **Edilson Rodrigues dos Santos**, brasileiro, casado, autônomo, portador do CPF: 039.247.064-09, podendo ser localizado na Rua: Euvidio Figueiredo, nº 22, Centro, Itaporanga/PB, bem como ser contratado pelo telefone (83) 999471520 e/ou endereço eletrônico sertão.assessoria@hotmail.com, atuando como bom e fiel Procurador do beneficiário: Jose Venard Proxeden Alves, portador do CPF: 109 684 644 67.

Senhor Analista, venho respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria, com base no Art: 92 e 94, do Código de Ética Médica (Art. 92: assinalar laudos periciais, auditorias ou verificação médico-legal quando não tenha realizado o exame pessoalmente. Art 94: intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado reservando suas observações para relatório), que o beneficiário acima identificado seja encaminhado ao setor de perícia e que o parecer relativo as suas seqüelas não sejam classificadas, apenas por médicos que não o examinem-no pessoalmente, por isso, ratifico meu pedido com respaldo no Art. 5º da Lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974 (Art. 5º o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado), a fim de garantir um direito ao qual se faz jus.

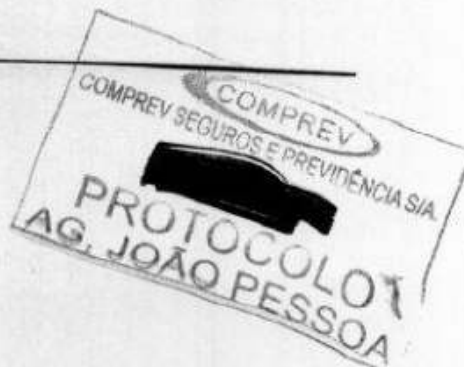
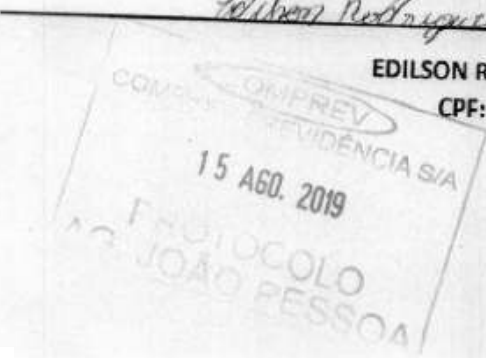
O documento segue assinado por mim, EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS.

O referido é verdade. Dou fé.

Certo de atendido, agradeço antecipadamente.

Edilson Rodrigues dos Santos

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09



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

Processo n.º 08000366620208150211

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

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

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ITAPORANGA, 8 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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

