



Número: **0804613-28.2021.8.15.0381**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **23/10/2021**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente Aéreo**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOELMA GALDINO ALVES (AUTOR)		JOSE EWERTON SALVIANO PEREIRA E NASCIMENTO (ADVOGADO) Viviane Maria Silva de Oliveira (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
80025389	02/10/2023 09:49	Petição	Petição
80025395	02/10/2023 09:49	2884797_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
80025396	02/10/2023 09:49	2884797_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	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, 31 de Outubro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210234236

Vítima: JOELMA GALDINO ALVES

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Procurador: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOELMA GALDINO 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: **JOELMA GALDINO ALVES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000005777-0**

Conta: **00000527070-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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,





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: 3 - CPF da vítima: 051.598.694-17 4 - Nome completo da vítima: JOELMA GALDINO ALVES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: JOELMA GALDINO ALVES 6 - CPF: 051.598.694-17
7 - Profissão: RECUSO INFORMAR 8 - Endereço: RUA MARIA DAS DORES QUEIROGA 9 - Número: S/N 10 - Complemento:
11 - Bairro: COSTA E SILVA 12 - Cidade: ITABAIANA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.360-000
15 - E-mail: VIVIANEOLIVEIRA-PB@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (83) 9 9904-9000

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: ☒ RECUSO 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BRADESCO
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5777 0 CONTA: 0527070 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 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.

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ITABAIANA-PB, 08 DE OUTUBRO DE 2021

Joelma Galdino Alves

Viviane Maria S. de Oliveira Nascimento



**POLÍCIA
CIVIL**

POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA-GERAL
4ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
9ª DELEGACIA SECCIONAL
DELEGACIA DE ITABAIANA



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 003/2021

Ocorrência nº 568/2021

Aos 14 (QUATORZE) dias de OUTUBRO DE 2021 (DOIS MIL E VINTE E UM), nesta cidade de Itabaiana/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Dr. THIAGO DE VASCONCELOS SANDES Delegado de Polícia Civil, comigo, Escrivão ad hoc, aí, por volta das 10h40min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

JOELMA GALDINO ALVES, Brasileira, solteira, natural de Itabaiana/PB, com 38 anos de idade, nascida aos 01/08/1983, filha de José Galdino Alves e de Geralda Maria Alves, alfabetizada, domestica, residente na Rua Maria das Dores Queiroga, S/N, Costa e Silva, Itabaiana-PB, RG nº 2.932.399-2ª via- SSP/PB -CPF nº 051.598.694-17- Tel: 83-99357-0854

A quem em lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue

- 1) Natureza do fato: **ACIDENTE DE TRANSITO;**
- 2) Data do fato: 19/04/ 2019;
- 3) Local do fato: Estrada do Sítio Pernambuquinho (Perto do Parque de Vaquejada Maria de Lourdes) Itabaiana-PB.
- 4) Horário do fato: 18:h30
- 5) Vitima: A Noticiante;

6) Testemunhas:

7) Noticiada:

7) Breve resumo do fato:

Que, a Noticiante compareceu nesta Delegacia para relatar que em data de 19/04/2019, por volta das 18:h30, na localidade do Sítio Pernambuquinho, próximo ao Parque de Vaquejada Maria de Lourdes, Itabaiana/PB, de coroa na moto de um amigo Gilvan, condutor da moto, de marca HONDA/CG 125 FAN ES, PLACA NPW 5116/PB, COR PRETA, ANO/MODELO 2019, CHASSI Nº 9C2JC41209R0895C1, RENAVAL Nº 00153360305, EM NOME DE GILVANGOMES DA SILVA; Que, Gilvan derrapou na areia e ambos foram arremessados ao mato; Que o Gilvan, não sofreu nenhum lesões, apenas danos materiais na moto; Que, a Noticiante, sofreu fratura do osso do antebraço esquerdo, como consta Laudo hospitalar do Complexo Hospitalar Trauminha /João Pessoa/PB; Hospital de Trauma e Nossa Senhoras das Neves, onde foram feitas seis cirurgias, nesses hospitais diferentes, como consta Laudos anexos; Que, registra a presente Certidão de Ocorrência para DPVAT. Nada mais disse nem lhe foi perguntado.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo (a) noticiante, e por mim, escrivão ad hoc, que digitei.

Joelma Galdino Alves
JOELMA GALDINO ALVES
NOTICIANTE

Genoveva Gomes da Silva
GENOVEVA GOMES DA SILVA
ESCRIVÃ AD-HOC
MAT. 937-7





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: 3 - CPF da vítima: 051.598.694-17 4 - Nome completo da vítima: JOELMA GALDINO ALVES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: JOELMA GALDINO ALVES 6 - CPF: 051.598.694-17
7 - Profissão: RECUSO INFORMAR 8 - Endereço: RUA MARIA DAS DORES QUEIROGA 9 - Número: S/N 10 - Complemento:
11 - Bairro: COSTA E SILVA 12 - Cidade: ITABAIANA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.360-000
15 - E-mail: VIVIANEOLIVEIRA-PB@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (83) 9 9904-9000

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: ☒ RECUSO 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)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 5777 0 CONTA: 0527070 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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.

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 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.

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ITABAIANA-PB, 08 DE OUTUBRO DE 2021

Joelma Galdino Alves

Viviane Maria C. de Oliveira Nascimento



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	25/10/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321023423601
VALOR TOTAL:	2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOELMA GALDINO ALVES

BANCO: 237
AGÊNCIA: 05777
CONTA: 000000527070

Número da Autenticação

56DC6651BE4873D1





Gruppo MTI - CONVERSIONE BAU AT 12/2009
Classe PRESIDENTE BAU AT 12/2009
Luglio 2009
Presto 1-11-2009

 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1341443-8

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 0001341443

VALOR DA FATURA
R\$ 11,29

 VENCIMENTO
11/10/2021

 **REFERÊNCIA:**
Out / 2021

CONSUMO
38kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

[illegible]

CITT College of Clinical Health Sciences
 Faculty of Training: **Am 30min** 0.14/0.20 **Am 100min** 0.21/0.30 **TOTAL** 11.20 0.00 0.00 25.00 0.17 0.00

RESERVADO AO FISCO 50bc.2216.0808 0294 edd0.040f.21d9.5965

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Consumidor	Consumo (kWh)
0402/1	30
0402/2	30
0402/3	30
0402/4	30
0402/5	30
0402/6	30
0402/7	30
0402/8	30
0402/9	30
0402/10	30
0402/11	30
0402/12	30
0402/13	30
0402/14	30
0402/15	30
0402/16	30
0402/17	30
0402/18	30
0402/19	30
0402/20	30
0402/21	30
0402/22	30
0402/23	30
0402/24	30
0402/25	30
0402/26	30
0402/27	30
0402/28	30
0402/29	30
0402/30	30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (kWh)	%
Consumo de Energia Elétrica	1.73	30.14
Consumo de Energia Térmica	5.65	80.18
Energia Gerada	0.67	5.40
Perdas Distribuição e Entrega	0.93	8.24
Outros Serviços	1.26	12.05
Total	10.00	100.00

PRÓXIMA LEITURA
03/11/2021

*Faktor yang mempengaruhi hasil belajar

INDICADORES DE QUALIDADE		PERÍODO: Abril/2021 (Grupo Sumário)			
ÍNDICE	UNIDADE	BIENAL	APURADO TRIMESTRAL	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (%)
Horas que o cliente ficou sem energia. Cte.	h	8,15	0,00	12,30	24,60
Horas que o cliente ficou sem energia. Cte.	h	3,36	0,00	8,72	13,45
Quilômetros da maior interrupção de energia no período. Cte.	km	3,83	0,00	8,72	13,45
Quilômetros da maior interrupção de energia no período. Cte.	km	12,22			

ATENÇÃO

Atuação

Em 2007, a ENEC, por meio da ENEC Engenharia, iniciou a implantação de uma rede elétrica para a rede de distribuição de energia elétrica nos pontos de consumo em relação à soma total da rede elétrica existente. A rede elétrica foi projetada para atender 100% da demanda da Tenda Social de Energia Elétrica - TSEE localizada na Rua Lúcio 10 - Jurema, de 20 de abril de 2007.

- Seção consumida a instalação planejada para atingir a meta de 107,14 kW e não é suficiente para este mês 72,14kW. Meta para o mês de fevereiro é de 100,00 kW. A instalação deve atingir de R\$ 14,77.

Previsão de custo total de 1,000, a partir de 2007/01 - Cód. RFBM-7 2.000/2007/01.

Letícia Cordeiro

[illegible]

Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA N.º é disponível para consulta

Pague com PIX!
e largue o boleto para lá!

Use a QR Code PIX

Comprovante
de Residência
Requerente





FORMA LUNGO IL CANTO A LINGUA INFORME DEL NOME
WANTONIA
70707120
REFERENCIA
JUL / 2021

COTA DE CONSUMO DE ABASTECIMENTO E SERVIÇOS					REFERENCIAL	
VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO						
AV. JOSÉ SILVEIRA, S/N - CENTRO ITABAIANA PB						
58360-000						
Inscrição		SMI	Quantidade de Economias			Responsável
005.002.050-0225-000		000	Residencial	Comercial	Industrial	Pública
			0	1	0	0
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto	
6.06.30.20029	18/05/2013	EXT LACR	LIGADO		POTENCIAL	
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M ³) TEMPO DE DIAS PROXIMA LEITURA						
552	552	5	28		24/08/2021	
TESTE COMPARATIVO DE QUALIDADE DA ÁGUA - ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
03/2021	5	50	PARÂMETROS FÍSICO-QUÍMICOS		CONFORMES	
04/2021	5	50	TURBIDEZ		37	37
05/2021	5	50	CLORO		37	37
06/2021	5	30	PH		0	0
07/2021	5		COR		10	10
08/2021	5		COL. TOTAIS		37	37
MÉDIA Q ₁₀		DADOS REFERENTES A: 04/2021				
DATA DA IMPRESSÃO: 04/07/2021						
			HORA DA IMPRESSÃO: 10:51:36			
DESCRIÇÃO			CONSUMO		TOTAL (R\$)	
ÁGUA						
CONSUMO DE ÁGUA			3 M ³		72,51	
ESGOTO						
						
VALOR ADICIONAL DO TRIBUTOS: R\$ 0,71 PIS E CONFINS: R\$ 12,741/12						
NASCIMENTO:		07/08/2021	Total a Pagar:		R\$ 72,51	

improvente
e Residência
da Advogada

2-79

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
 R\$ 100,00 DE ESTIMATIVAS: MÉDIA DO MÊS DE TIPO DE TARIFA: 1
 CAGENA
 INFORMAÇÕES GERAIS:
 MÓDULO DE CONTABILIDADE: MÓD. PRODUTOS ALCOOL. LÍQUOR: ALCOOLICOS
 ALCOOLICOS. TEL: (55) 4222-4556 - 98658-4556 (WHATSAPP)."

MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR
7070/170	JUL/2021	07/08/2021	\$ 72,51

82640000000 4 72510010005 8 07070712001 3 07202190003 9



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 612/2020

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: 0800 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 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, 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 COAF².

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 **VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **064.776.614** / **03**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOELMA GALDINO ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº **051.568.694** / **051.56**

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ PERMANENTE** da Vítima **JOELMA GALDINO ALVES**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **051.568.694** / **051.56**, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:

Declaro Profissão: **RECUSO INFORMAR** Renda: **RECUSO INFORMAR** 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, 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: AV. JOSÉ SILVEIRA	Número: S/S/	Complemento:
Bairro: CENTRO	Cidade: ITABAIANA	Estado:
E-mail: VIVIANEOLIVEIRA_PB@HOTMAIL.COM	CEP: 58.360-000	Tel (DDD): (83) 9 9904-9000

Local e Data: **ITABAIANA, 15 DE OUTUBRO DE 2021.**

Viviane Maria Silva de Oliveira Nascimento
Assinatura do Declarante





CERTIDÃO

Nº. 1650/2019

Atendendo solicitação de **JOSE EWERTON SALVIANO PEREIRA E NASCIMENTO** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº235756 e Prontuário Nº 2019.06.0679 pertencentes a paciente **JOELMA GALDINO ALVES** foi atendido dia 07/06/2019 às 00h04min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membros superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos do antebraço esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 24/04/2019. Com alta a pedido dia 26/04/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 27 de setembro de 2019

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM-PB - 3533

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>JOELMA GALDINO ALVES</u>		Data da Admissão: <u>20.04.19</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>	
QPD: <u>FRATURA OSSOS DO ANTEBRAÇO + CURTIÇÃO</u>			
HDA: <u>CABEÇA RADIO (MONTESBIA)</u>			
<u>ENCAMINHADA DO H. DE FRATURA</u>			
<u>APÓS QUESA DEMORO HOJE</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____			
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____			
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos			
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____ [] Amnésia [] Libido [] Humor			

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____
Alergias: _____
Cirurgias: _____ [] HTF
[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa
[] Trauma [] Neo [] Tabagismo
[] Alcoolismo
Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____
Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____
Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: MONTAGGIA

Conduta: INTERNAÇÃO + ANÁLISES

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

Dr. Edson D. Tinoco
Otorrinolaringologista
CRM-PR 7342





Nome: <i>Joelma Galdino Alves</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: 24 / 04 / 2019			Cirurgião: <i>Teófilo Vonmark</i>		
1º Assistente: <i>Roberto - Lector</i>			2º Assistente:		
Anestesista: Dra Francis			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>LIMPEZA MECANICA CIRURGICA</i>					
<i>FX de ossos do antebraço esq</i>					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>LMC</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA .

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão: Realizado retirada de sutura e abertura de ferimento

Achados:

T do necrosado, sem drenagem de secreção purulenta

Conduta:

T lizada desbridamento de tecidos desvitalizados

Curetagem da ferida

Limpeza exhaustiva com Sfo,9%

Aproximação de tecidos

curativo

Fechamento:

Manipulação articular

Curativo

OBS:

Data: 23 / 04 / 2019

Dr. Tiago Brito F. Pinheiro
Médico
CRM 10932 08
MÉDICO/CRM





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOELMA GALDINO ALVES
DATA DE NASCIMENTO	01/08/83
NOME DA MÃE	GERALDA MARIA ALVES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.157.099
DATA DO ATENDIMENTO	19/04/19
HORA DO ATENDIMENTO	22:27
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO
CID 10	S52.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com história de perda transitória da consciência, fez uso de bebida alcoólica, sem uso de capacete no momento do acidente (sig). Glasgow 14. Refere dor com deformidade, no antebraço esquerdo. Presença de fratura fechada de ossos do antebraço esquerdo. Encaminhada para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pactuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de antebraço esquerdo
RX de torax
Ultrassonografia - Fast

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura da diáfise do rádio esquerdo.

TRATAMENTO:

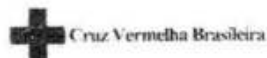
Imobilização, com tala axilopalmar.

ALTA HOSPITALAR:	20/04/19
DATA DA EMISSÃO:	18/09/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1157099



Identificação do paciente						
ID 1395438	Nome JOELMA GALDINO ALVES			Sexo Feminino		
Data de nascimento 01/08/1983	Idade 35 anos 8 meses 18 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe GERALDA MARIA ALVES	Pai JOSE GALDINO ALVES					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MESMA					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 994110509	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência ITABAIANA	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
Email	Naturalidade ITABAIANA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58360000	Município de residência ITABAIANA	UF PB	Logradouro TREZE DE MAIO			
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 19/04/2015 22:27:05	Número da pulseira 1000007555298		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos: Paciente deu entrada no serviço de Pronto Socorro (ou Emergência) de Itabaiana - PE, com queixa de queda de moto, paciente seguiu para exames.						
Diagnóstico						CID
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA						Tempo 39seg

Marcos Filho
Enfermeiro
CRP 36.443

19/04/2019 22:23



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

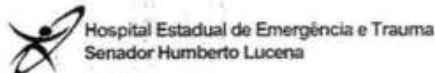
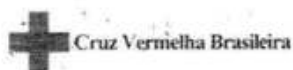
CNES: 445365

Paciente JOELMA GALDINO ALVES	BAE 1157099	Data/Hora Entrada 19/04/2019 22:27:05	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1983	Idade 35a 8m 19d	Sexo Feminino	CNS
Mãe GERALDA MARIA ALVES			Telefone de Contato (83) 994110509
Endereço TREZE DE MAIO, SN	Bairro CENTRO	Município ITABAIANA	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDUARDO MOTTA BRAGA	UF PB
Data/Hora Classificação 19/04/2019 22:27:05		Nº Cons. Regional 7253/PB	
Data/Hora Prescrição 19/04/2019 22:32:34			
Anamnese TRAZIDA PELO SAMU CONSCIENTE E ORIENTADA POREM ALCOOLIZADA VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA. APRESENTA TCE. NAO USAVA CAPACETE REFERE DOR TORACICA A ESQUERDA EM TRANSIÇÃO TORACOABDOMINAL APRESENTA TALA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO COM PROVAVEL FRATURA ABD: FLACIDO, POREM DOLOROSO EM HCE. SEM IRRITAÇÃO PERITONIAL MMII E BACIA SEM ALTERAÇÕES CD: TC CRANIO RX TORAX FAST PARECER NEURO PARECER ORTOPEDIA ANALGESIA			
EXAME DE IMAGEM ULTRASSONOGRRAFIA - FAST RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO			
CID10			
Código	Descrição		
T14.9	Traumatismo não especificado		
Conduta Em observação			


Eduardo Motta Braga
Gr. Geral / Urgência
CRM-PB 7253 / CRM-PE 3980

JOELMA GALDINO ALVES

EDUARDO MOTTA BRAGA
(: 7253/PB)



AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOELMA GALDINO ALVES	BAE 1157099	Data/Hora Entrada 19/04/2019 22:27:05	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1983	Idade 35a 8m 19d	Sexo Feminino	CNS
Mãe GERALDA MARIA ALVES			Telefone de Contato (83) 994110509
Endereço TREZE DE MAIO, SN	Bairro CENTRO	Município ITABAIANA	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE	UF PB
Data/Hora Classificação 19/04/2019 22:27:05		Data/Hora Prescrição 20/04/2019 00:15:24	Nº Cons. Regional 6215/PB

Anamnese

==NEUROCIRURGIA==

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM HISTÓRIA DE PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIÊNCIA.

USO DE BEBIDA ALCOÓLICA. SEM USO DE CAPACETE NO MOMENTO DO ACIDENTE

-AO EXAME:

GLASGOW 14

MOVIMENTAÇÃO ESPONTÂNEA DE MEMBROS

PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

IMOBILIZAÇÃO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

-TC DE CRANIO: SEM COLEÇÕES EXTRA OU INTRA-AXIAIS / SEM FRATURAS EVIDENTES

-CD:

1- SEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA PARA O CASO NO MOMENTO

2- ANALGESIA

3- OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 10 MIN(S)

Diluir

METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

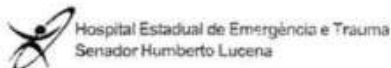
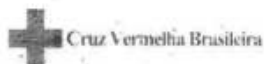
CABECHEIRA ELEVADA A 30° MARCIO BATISTA DA SILVA em 19/04/2019 22:27:44



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/10/2023 09:49:18

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23100209491697700000075320693>

Número do documento: 23100209491697700000075320693



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOELMA GALDINO ALVES	BAE 1157099	Data/Hora Entrada 19/04/2019 22:27:05	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1983	Idade 35a 8m 19d	Sexo Feminino	CNS
Mãe GERALDA MARIA ALVES			Telefone de Contato (83) 994110509
Endereço TREZE DE MAIO, SN	Bairro CENTRO	Município ITABAIANA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional STEFFERSON PINHEIRO DINIZ	Nº Cons. Regional 5762/PB
Data/Hora Classificação 19/04/2019 22:27:05		Data/Hora Prescrição 20/04/2019 01:26:00	
Anamnese # PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTA FRATURA FECHADA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. EXAME NEUROVASCULAR NORMAL; CD: IMOBILIZAÇÃO. AGUARDANDO LIBERAÇÃO DA NEUROCIRURGIA PARA ENCAMINHAMENTO PARA ORTOTRAUMA.			
PROCEDIMENTO TALA AXILO PALMAR, (OBSERVAÇÕES: ESQUERDA.)			
CID10			
Código	Descrição		
S52.3	Fratura da diáfise do rádio		
Conduta Em observação			

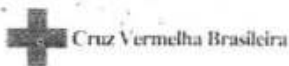
JOELMA GALDINO ALVES

Stefferson Pinheiro Diniz
Traumato-ortopedista
CRM-PB 5762

STEFFERSON PINHEIRO DINIZ
(CRM: 5762/PB)

Documento registrado por: JOSÉ MARCIO BATISTA DA SILVA em 19/04/2019 22:27:44





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOELMA GALDINO ALVES	BAE 1157099	Data/Hora Entrada 19/04/2019 22:27:05	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1983	Idade 35a 8m 19d	Sexo Feminino	CNS
Mãe GERALDA MARIA ALVES			Telefone de Contato (83) 994110509
Endereço TREZE DE MAIO, SN	Bairro CENTRO	Município ITABAIANA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE LOPES DE SOUSA FILHO	Nº Cons. Regional 6676/PB
Data/Hora Classificação 19/04/2019 22:27:05		Data/Hora Prescrição 20/04/2019 04:46:35	

Anamnese

==NEUROCIRURGIA==

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM HISTÓRIA DE PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIÊNCIA.

USO DE BEBIDA ALCOÓLICA. SEM USO DE CAPACETE NO MOMENTO DO ACIDENTE

-AO EXAME:

GLASGOW 14

MOVIMENTAÇÃO ESPONTÂNEA DE MEMBROS

PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

IMOBILIZAÇÃO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

-TC DE CRANIO: SEM COLEÇÕES EXTRA OU INTRA-AXIAIS / SEM FRATURAS EVIDENTES

-CD: ALTA DA NCG + AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Conduta

Em observação

DR. JOSÉ LOPES
NEUROCIRURGIA
Cirurgião de Trauma - CRM 6676

JOELMA GALDINO ALVES

JOSE LOPES DE SOUSA FILHO
(CRM: 6676/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em: 19/04/2019 22:27:44



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/10/2023 09:49:18

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23100209491697700000075320693>

Número do documento: 23100209491697700000075320693



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 20/04/19 00:15
Usuário: EMERSON
Roteiro: 1157099

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JOELMA GALDINO ALVES	Data de Nascimento	01/08/1983	Idade	35a 8m 19d	Sexo	FEMININO	Nº	1157099	Nº Prontuário		Data Prescrição	20/04/2019 00:15:24
Motivo do Atendimento													
Convenio													
SUS													
Matrícula													
Validade da Prescrição	20/04/2019 00:15:00 - 21/04/2019 00:15:00												
Senha													

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Data da entrada:	Data da Internação:	Permanência na	Permanência no
1 DIETA ZERO	0.0			19/04/2019 22:27:05		1h 48min	

2	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 500ML)	2000.0	ML		E.V.	24h	11
3	DIFERONAL 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.	6/6h	11
4	CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.	12/12h	11
5	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML	2.0	ML		E.V.	8/8h	13
6	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0					
7	CABECERA ELEVADA A 30º	0.0					

EMERSON MAGNO FERNANDES DE
CRM: 6215

Dr. Emerson Magno de Andrade
Médico Cirurgião
CRM: 6215

Assinatura e Carimbo do Profissional

Reimpresso por:
dia:





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932039655

Data Nasc: 01/08/1983 - 35 anos

Paciente: JOELMA GALDINO ALVES

Data Exame: 19/04/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL

***** Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.**

Não há líquido livre na cavidade abdominal.

Demais órgãos abdominais passíveis de análise sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

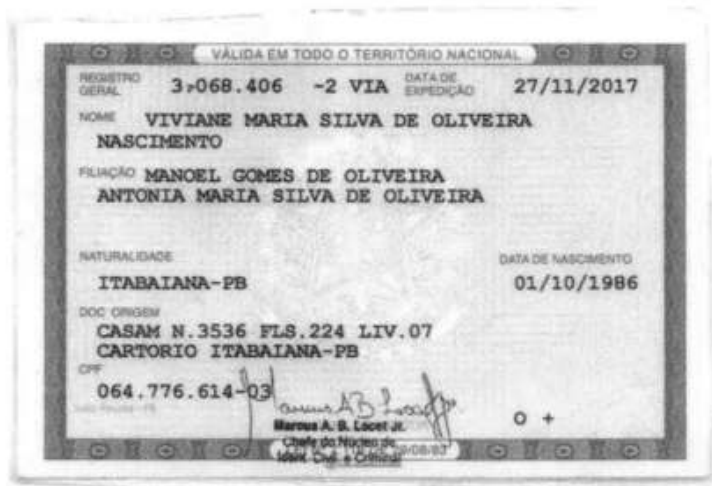
** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 20/04/2019 06:00.

Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512- PB



A d segunda





Documentos Pessoais
Requerente



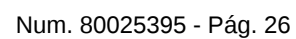
[illegible]

CÓDIGO DE CONTROLE
CÓD. 3157.5A03.7A3A



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 13:55:52 do dia 27/09/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



DENATRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - DIGITAL

CÓDIGO RENAVAM

00153360305

PLACA

NPW5116

EXERCÍCIO

2021

ANO FABRICAÇÃO

2009

ANO MODELO

2009

NÚMERO DO CRV

213103237383



Valide este QRCode com app Vio

CÓDIGO DE SEGURANÇA DO CLA

42907483614

MARCA/MODELO/VERSÃO

HONDA/CG 125 FAN ES

ESPÉCIE/ TIPO

PASSAGEIRO MOTOCICLETA

PLACA ANTERIOR / UF

NPW5816/PB

CHASSI

9C2JC412C9R089501

COR PREDOMINANTE

PRETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

CATEGORIA

PARTICULAR

CAPACIDADE

* *

POTÊNCIA/CILINDRADA

OCV/124

PESO BRUTO TOTAL

0.29

MOTOR

JC41E29089501

CMT

* *

EIXOS

*

LOTAÇÃO

02P

CARROCERIA

NÃO APLICÁVEL

NOME

GILVAN GOMES DA SILVA

CPF / CNPJ

097.901.424-71

LOCAL

ITABAIANA PB

DATA

06/05/2021

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN

DADOS DO SEGURO DPVAT

CAT. TARIF.

*

DATA DE QUITAÇÃO

*

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA☐ PARCELADOREPASSE OBRIGATÓRIO AO
FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (R\$)

*

CUSTO DO
BILHETE (R\$)

*

CUSTO EFETIVO
DO SEGURO (R\$)

*

REPASSE OBRIGATÓRIO AO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE
TRANSPORTE (R\$)

*

VALOR DO IOF (R\$)

*

VALOR TOTAL A SER PAG.
PELO SEGURADO (R\$)

*

OBSERVAÇÕES DO VEÍCULO

INFORMAÇÕES DO SEGURO DPVAT

MENSAGENS DENATRAN

CARTEIRA
DIGITAL DE
TRANSPORTE

DENATRAN - Ministério da Infraestrutura

Para sua comodidade, você pode acessar seus documentos diretamente pelo seu celular. Baixe o aplicativo Carteira Digital de Trânsito - CDT e tenha acesso ao licenciamento de seu veículo além de muitas outras funcionalidades.

Cem a Carteira Digital de Trânsito - CDT você pode:

- Consultar suas infrações e pagar multas com desconto
- Acessar a versão digital da CNH (e via CDT online pelo R\$0,00)
- Acessar a versão digital deste documento (carteira e registro)
- Compartilhar informações para uso em aplicativos
- Indicar pontos de parada
- Recibir alertas de trânsito



1 Carteira Digital de Trânsito - CDT nos lojas Google Play ou Apple Store
e prima de sua mão todos os documentos para você consultar seu

ISAURA BATISTA DA SILVA
RUA SARAEL ELIAS, 125 - AP 142, 133 - ARAUCÁRIA
ITABIRANA/PR CEP: 84.900-000 (40-133)

CPF: 018.444.927
Grupo: MTC - CONSUMIDOR BANCAT - Subgrupo: B1
Classificação: RESIDENCIAL - Subtítulo: BA - A - PÉDIA
Plano: 1 - 113-208-220 - 1P Medidor: 09029416054



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1551233-8

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00015512338

VALOR DA FATURA
R\$ 27,96

VERCIMENTO
11/08/2021

REFERÊNCIA
Ago / 2021

CONSUMO
74kWh

2,47 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CC	Descrição	Tributos	Taxa	Base de Cálculo	Alíq.	Valor	Base de Cálculo	Alíq.	Valor	Base de Cálculo	Alíq.	Valor
0001	Consumo de 74 kWh BR											
0001	Consumo: 74 kWh BR	30	0,134270	5,92	0,00	0,00	0,00	0,00	5,92	0,04	0,16	0,16
0001	Adm. B. Residência	34	0,002296	14,63	0,00	0,00	0,00	0,00	14,63	0,10	0,45	0,45
0010	Serviços			2,60	0,00	0,00	0,00	0,00	2,60	0,02	0,11	0,11
0007	LAVAREMOS E SERVIÇOS			24,23	0,00	0,00	0,00	0,00	24,23	0,16	0,74	0,74
0004	CONTRIB. EM PÚBLICA			1,54	0,00	0,00	0,00	0,00	1,54	0,00	0,00	0,00
0004	JUNTA DE MANTENÇÃO			0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30	0,00	0,00	0,00
0004	JUNTA DE MANTENÇÃO			0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 02/21			0,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,54	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 02/21			0,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,68	0,00	0,00	0,00
0006	Despesa de Distribuição			23,33	0,00	0,00	0,00	0,00	23,33	0,00	0,00	0,00

CCF Código de Classificação do Bem
Tabela de Tributos: At 30 kWh 0,134270 At 100 kWh 0,329770

RESERVADO AO FISCO 000.934b.85dc.16b7.2x3b.47fa.64da.6fb6

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)	LEITURAS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
Anterior 05/07/21 9001	Anterior 05/07/21 9001	Consumo de Energia 11,54 28,00
Atual 04/08/21 8136	Atual 04/08/21 8136	Consumo de Transmissão 1,54 42,25
Consumo 74 kWh	Consumo 74 kWh	Encargos Setoriais 1,88 8,04
Período 20 dias	Período 20 dias	Impostos Federais e Estaduais 2,12 17,10
Considerando a média	Considerando a média	Taxa de Serviço 0,92 0,92
		Total 27,96 100,00

PRÓXIMA LEITURA
02/09/2021

ÍNDICE	APROVADO	TRIBUTOS	ENCARGOS	TOTAL
8,15	0,00	12,30	24,80	45,25
2,30	0,00	8,72	12,43	23,45
3,83	0,00			3,83
12,22				12,22

ATENÇÃO
A FISCALIZAÇÃO SOLICITA A LITIGÂNCIA CONTRA O CRED. DE TRIBUTAÇÃO. VACINAÇÃO: Se você já tomou a primeira dose, vá ao posto de saúde para aplicar a segunda dose. Se ainda não chegou a sua vez de se vacinar, vá ao posto de saúde para aplicar a primeira dose. Se você não tomou a primeira dose, vá ao posto de saúde para aplicar a primeira dose.

Seu unidade foi atualizada como Baixa Residência, sendo um desconto de R\$20,00.

CHAVE DE ACESSO: 000.934b.85dc.16b7.2x3b.47fa.64da.6fb6
CPF: 000.934b.85dc.16b7.2x3b.47fa.64da.6fb6
Este NOTAFISCAL / CONTA DE ENERGIA fica disponível para consulta

Pague com PIX!
e largue o boleto para lá!

Use o QR Code PIX
E pague também nos fins de semana e feriados.
Acesse o app do seu banco ou clique na opção PIX
Aponte a câmera do seu celular para o QR Code ao lado e pronto! Conta paga.
Quer mais facilidade?
Abra sua Conta Vinte

comprovante
de Residência

Denúncia da Nota





Documentos Pessoais
do proprietário da
metre



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210234236 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELMA GALDINO ALVES **Data do acidente:** 19/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO/LIMPEZA CIRÚRGICA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

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 DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 1/6/7 _CIRURGIA

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210234236 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELMA GALDINO ALVES **Data do acidente:** 19/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO/LIMPEZA CIRÚRGICA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

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 DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 1/6/7 _CIRURGIA

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



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA E EXTRA"

OUTORGANTE: JOELMA GALDINO ALVES, brasileira, solteira, desempregada, portadora do RG nº 2.932.399 SSDS-PB, CPF nº 051.598.694-17, residente e domiciliada na Rua Maria das Dores Queiroga, s/n, Costa e Silva, Itabaiana-PB, CEP: 58.360-000.

OUTORGADOS: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº 16.249 com endereço na Avenida José Silveira, s/nº - Centro, Itabaiana/PB, CEP: 58.360-000, telefone: (0**83) 99904-9000 / 99988-1393 / 99389-4989, onde recebe as notificações, citações e intimações de estilo.

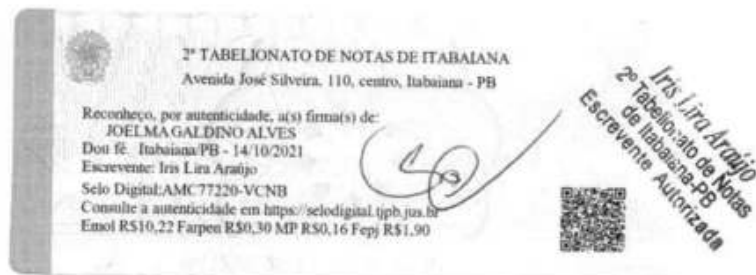
PODERES: Para o fim, requer administrativamente o pagamento do seguro DPVAT por invalidez permanente de JOELMA GALDINO ALVES, brasileira, solteira, desempregada, portadora do RG nº 2.932.399 SSDS-PB, CPF nº 051.598.694-17, residente e domiciliada na Rua Maria das Dores Queiroga, s/n, Costa e Silva, Itabaiana-PB, CEP: 58.360-000 vítima de acidente ocorrido no dia 19 de abril de 2019 às 18h30 na Estrada do Sítio Pernambuquinho (perto da vaquejada Maria de Lourdes), Itabaiana-PB, CEP: 58.360-000.

VEÍCULO: MOTO HONDA/CG 125 FAN ES, ano 2009/2009, cor preta, placa NPW 5H16, RENAVAN 00153360305, CHASSI 9C2JC41209R089501, PROPRIETÁRIO GILVAN GOMES DA SILVA, brasileiro, portador do RG nº 3.700.784 SSDS-PB, CPF Nº 097.901.424-71, residente e domiciliado na Rua Israel Elídio de Carvalho, s/n, área rural, Itabaiana-PB, CEP: 58.360-0000

Itabaiana- PB, 14 de outubro de 2021.

Outorgante:

Joelma Galdino Alves



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177816/21

Vítima: JOELMA GALDINO ALVES

CPF: 051.598.694-17

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOELMA GALDINO ALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO : 064.776.614-03

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOELMA GALDINO ALVES : 051.598.694-17

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: 18/10/2021
Nome: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO
CPF: 064.776.614-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2021
Nome: JOSIVAN GOMES DA SILVA
CPF: 117.281.804-57

VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO

JOSIVAN GOMES DA SILVA





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

Processo: 08046132820218150381

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 **JOELMA GALDINO 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.

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.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ITABAIANA, 28 de setembro de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/10/2023 09:49:19
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23100209491910100000075320694>
Número do documento: 23100209491910100000075320694

Num. 80025396 - Pág. 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/10/2023 09:49:19
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23100209491910100000075320694>
Número do documento: 23100209491910100000075320694

Num. 80025396 - Pág. 3