

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180542691 **Cidade:** Remígio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILVANDO TAVARES RIBEIRO **Data do acidente:** 05/08/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA E ZIGOMÁTICO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GILVANDO TAVARES RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3180542691**

Vítima: **GILVANDO TAVARES RIBEIRO**

Data do Acidente: **05/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180542691**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13616398



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 08356250447	Nome completo da vítima Gilvanildo Tavares Ribeiro
---------------------------	-------------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gilvanildo Tavares Ribeiro	CPF titular da conta 08356250447	Profissão agente de vendas
Endereço Rua Comandante João de Deus	Número 76	Complemento
Bairro Centro	Cidade Remói	Estado PA
Email inaciofurno04@gmail.com	CEP 58398000	Telefone (DDD) 8333341239

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 19	D/V NOV 2018	CONTA NRO. 19	D/V NOV 2018
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome BAWU DO BRASIL	TITO 001
AGÊNCIA NRO. 2520	CONTA NRO. 14776
D/V 8	D/V 1
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. Grande 01 de Novembro de 2018.
Local e Data

Gilvanildo Tavares Ribeiro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/, - Catole - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 000536/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000536/18 registrada em 22/10/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e dois dias do mês de outubro do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 14:03 horas, compareceu o Sr. GILVANDO TAVARES RIBEIRO, com 31 anos de idade, filho de ERNANDES RIBEIRO e SILVANA MIGUEL TAVARES, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JOÃO PESSOA - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão, portador da Cédula de Identidade Nº 3.348.242, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 08356250447, residindo à rua CAMILO CIRILO DA COSTA, 78, bairro CENTRO, na cidade de REMÍGIO - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 19h30min do dia 05.08.2018, estava trafegando por uma estrada vicinal que liga o Distrito de Cepilho a cidade de Remígio/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 160 FAN ESDI, ano/modelo 2017/2017, cor vermelha, chassi nº 9C2KC2200HR602752, de placa QFE-1293/PB, licenciada em nome de José Marcos da Silva Santos, quando em uma curva foi surpreendido por outra motocicleta de marca, placa e demais características não identificadas, que era conduzida pela pessoa identificada apenas por RICARDO, o qual levava como "carona" a pessoa identificada por JAQUELINE, tendo o comunicante se ofuscado com o reflexo do farol da outra moto e acabou chocando-se frontalmente, sendo que em decorrência do impacto todos jogados ao solo, causando-lhes ferimentos graves, sendo socorridos pelo SAMU e encaminhados para o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande/PB, onde o comunicante foi submetido a cirurgia do maxilar, não sabendo informar o tipo de tratamentos que os ocupantes da outra moto foram submetidos; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom e com via seca, entretanto não existe iluminação no local, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local do ocorrido, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar contra o condutor da outra moto, pelas lesões sofridas no acidente. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Segunda-feira, 22 de Outubro de 2018

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

GILVANDO TAVARES RIBEIRO

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Gilvandro Tavares Ribeiro

CPF da Vítima

08356250447

Data do Acidente

05/08/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

C. Spindler, 01 de Novembro de 2018
Local e Data

Gilvandro Tavares Ribeiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILVANDO TAVARES RIBEIRO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02520-8

CONTA: 000000014776-1

Nr. da Autenticação E657F20D15E85516



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO
Rua: Dr. Luiz Bronzeado s/n – Centro, Remígio.

Remígio 18/10/2018.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins que, o **PRONTO ATEMDIMENTO (PA)**, da cidade de Remígio, prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente: **GILVANDO TAVARES RIBEIRO**, vítima de acidente de trânsito, no dia 05/08/2018. Após o atendimento da equipe, O mesmo foi conduzido para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande – PB.

ALANE LIMA DE FREITAS SOUTO

Diretora de Departamento de Urgência e Emergência – Remígio- PB

CPF- 07174520421



GERLANE MARIA DA SILVA SANTOS
RUA CAMILO CIRILO DA COSTA, 78 - CENTRO
REMÓIO / PB CEP: 58366000 (A/G: 71)

Emissão: 20/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br220, Km25 - Cota Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-600
Roteiro: 12 - 73 - 263 - 4300 Nº medidor: 00000148373

energisa

ENERGISA PARAIBA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.193/0001-40 Ins. Est. 18.015.822-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 012.681.308
Cód. para Deb. Automática: 09003491909

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RAN
Set / 2018	20/09/2018	22/10/2018	079.066.644-82 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/345655-5**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 22/08/18	Data 20/09/18			
Leitura 13080	Leitura 13458	1	58	28

Demonstrativo		Quantidade	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
		(kWh)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)
Consumo em kWh		58,000	0,790400	45,95	45,95	25	11,48	45,95	0,57
Adc. E. Vermelha				4,11	4,11	25	1,03	4,11	0,03
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
CONTRIB. ILUM. PÚBLICA				8,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00
DEBITO COMPENSADO 08/2018				3,55	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCT Código de Classificação do Item TOTAL 59,90 59,90 12,51 50,06 0,40 1,98

Média últimos meses (kWh): 59
VENCIMENTO 27/09/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 59,90

Histórico de Consumo (kWh)

49	53	57	61	65	69	73	77	81	85	89	93	97	101	105	109	113	117	121	125	129	133	137	141	145	149	153	157	161	165	169	173	177	181	185	189	193	197	201	205	209	213	217	221	225	229	233	237	241	245	249	253	257	261	265	269	273	277	281	285	289	293	297	301	305	309	313	317	321	325	329	333	337	341	345	349	353	357	361	365	369	373	377	381	385	389	393	397	401	405	409	413	417	421	425	429	433	437	441	445	449	453	457	461	465	469	473	477	481	485	489	493	497	501	505	509	513	517	521	525	529	533	537	541	545	549	553	557	561	565	569	573	577	581	585	589	593	597	601	605	609	613	617	621	625	629	633	637	641	645	649	653	657	661	665	669	673	677	681	685	689	693	697	701	705	709	713	717	721	725	729	733	737	741	745	749	753	757	761	765	769	773	777	781	785	789	793	797	801	805	809	813	817	821	825	829	833	837	841	845	849	853	857	861	865	869	873	877	881	885	889	893	897	901	905	909	913	917	921	925	929	933	937	941	945	949	953	957	961	965	969	973	977	981	985	989	993	997	1001	1005	1009	1013	1017	1021	1025	1029	1033	1037	1041	1045	1049	1053	1057	1061	1065	1069	1073	1077	1081	1085	1089	1093	1097	1101	1105	1109	1113	1117	1121	1125	1129	1133	1137	1141	1145	1149	1153	1157	1161	1165	1169	1173	1177	1181	1185	1189	1193	1197	1201	1205	1209	1213	1217	1221	1225	1229	1233	1237	1241	1245	1249	1253	1257	1261	1265	1269	1273	1277	1281	1285	1289	1293	1297	1301	1305	1309	1313	1317	1321	1325	1329	1333	1337	1341	1345	1349	1353	1357	1361	1365	1369	1373	1377	1381	1385	1389	1393	1397	1401	1405	1409	1413	1417	1421	1425	1429	1433	1437	1441	1445	1449	1453	1457	1461	1465	1469	1473	1477	1481	1485	1489	1493	1497	1501	1505	1509	1513	1517	1521	1525	1529	1533	1537	1541	1545	1549	1553	1557	1561	1565	1569	1573	1577	1581	1585	1589	1593	1597	1601	1605	1609	1613	1617	1621	1625	1629	1633	1637	1641	1645	1649	1653	1657	1661	1665	1669	1673	1677	1681	1685	1689	1693	1697	1701	1705	1709	1713	1717	1721	1725	1729	1733	1737	1741	1745	1749	1753	1757	1761	1765	1769	1773	1777	1781	1785	1789	1793	1797	1801	1805	1809	1813	1817	1821	1825	1829	1833	1837	1841	1845	1849	1853	1857	1861	1865	1869	1873	1877	1881	1885	1889	1893	1897	1901	1905	1909	1913	1917	1921	1925	1929	1933	1937	1941	1945	1949	1953	1957	1961	1965	1969	1973	1977	1981	1985	1989	1993	1997	2001	2005	2009	2013	2017	2021	2025	2029	2033	2037	2041	2045	2049	2053	2057	2061	2065	2069	2073	2077	2081	2085	2089	2093	2097	2101	2105	2109	2113	2117	2121	2125	2129	2133	2137	2141	2145	2149	2153	2157	2161	2165	2169	2173	2177	2181	2185	2189	2193	2197	2201	2205	2209	2213	2217	2221	2225	2229	2233	2237	2241	2245	2249	2253	2257	2261	2265	2269	2273	2277	2281	2285	2289	2293	2297	2301	2305	2309	2313	2317	2321	2325	2329	2333	2337	2341	2345	2349	2353	2357	2361	2365	2369	2373	2377	2381	2385	2389	2393	2397	2401	2405	2409	2413	2417	2421	2425	2429	2433	2437	2441	2445	2449	2453	2457	2461	2465	2469	2473	2477	2481	2485	2489	2493	2497	2501	2505	2509	2513	2517	2521	2525	2529	2533	2537	2541	2545	2549	2553	2557	2561	2565	2569	2573	2577	2581	2585	2589	2593	2597	2601	2605	2609	2613	2617	2621	2625	2629	2633	2637	2641	2645	2649	2653	2657	2661	2665	2669	2673	2677	2681	2685	2689	2693	2697	2701	2705	2709	2713	2717	2721	2725	2729	2733	2737	2741	2745	2749	2753	2757	2761	2765	2769	2773	2777	2781	2785	2789	2793	2797	2801	2805	2809	2813	2817	2821	2825	2829	2833	2837	2841	2845	2849	2853	2857	2861	2865	2869	2873	2877	2881	2885	2889	2893	2897	2901	2905	2909	2913	2917	2921	2925	2929	2933	2937	2941	2945	2949	2953	2957	2961	2965	2969	2973	2977	2981	2985	2989	2993	2997	3001	3005	3009	3013	3017	3021	3025	3029	3033	3037	3041	3045	3049	3053	3057	3061	3065	3069	3073	3077	3081	3085	3089	3093	3097	3101	3105	3109	3113	3117	3121	3125	3129	3133	3137	3141	3145	3149	3153	3157	3161	3165	3169	3173	3177	3181	3185	3189	3193	3197	3201	3205	3209	3213	3217	3221	3225	3229	3233	3237	3241	3245	3249	3253	3257	3261	3265	3269	3273	3277	3281	3285	3289	3293	3297	3301	3305	3309	3313	3317	3321	3325	3329	3333	3337	3341	3345	3349	3353	3357	3361	3365	3369	3373	3377	3381	3385	3389	3393	3397	3401	3405	3409	3413	3417	3421	3425	3429	3433	3437	3441	3445	3449	3453	3457	3461	3465	3469	3473	3477	3481	3485	3489	3493	3497	3501	3505	3509	3513	3517	3521	3525	3529	3533	3537	3541	3545	3549	3553	3557	3561	3565	3569	3573	3577	3581	3585	3589	3593	3597	3601	3605	3609	3613	3617	3621	3625	3629	3633	3637	3641	3645	3649	3653	3657	3661	3665	3669	3673	3677	3681	3685	3689	3693	3697	3701	3705	3709	3713	3717	3721	3725	3729	3733	3737	3741	3745	3749	3753	3757	3761	3765	3769	3773	3777	3781	3785	3789	3793	3797	3801	3805	3809	3813	3817	3821	3825	3829	3833	3837	3841	3845	3849	3853	3857	3861	3865	3869	3873	3877	3881	3885	3889	3893	3897	3901	3905	3909	3913	3917	3921	3925	3929	3933	3937	3941	3945	3949	3953	3957	3961	3965	3969	3973	3977	3981	3985	3989	3993	3997	4001	4005	4009	4013	4017	4021	4025	4029	4033	4037	4041	4045	4049	4053	4057	4061	4065	4069	4073	4077	4081	4085	4089	4093	4097	4101	4105	4109	4113	4117	4121	4125	4129	4133	4137	4141	4145	4149	4153	4157	4161	4165	4169	4173	4177	4181	4185	4189	4193	4197	4201	4205	4209	4213	4217	4221	4225	4229	4233	4237	4241	4245	4249	4253	4257	4261	4265	4269	4273	4277	4281	4285	4289	4293	4297	4301	4305	4309	4313	4317	4321	4325	4329	4333	4337	4341	4345	4349	4353	4357	4361	4365	4369	4373	4377	4381	4385	4389	4393	4397	4401	4405	4409	4413	4417	4421	4425	4429	4433	4437	4441	4445	4449	4453	4457	4461	4465	4469	4473	4477	4481	4485	4489	4493	4497	4501	4505	4509	4513	4517	4521	4525	4529	4533	4537	4541	4545	4549	4553	4557	4561	4565	4569	4573	4577	4581	4585	4589	4593	4597	4601	4605	4609	4613	4617	4621	4625	4629	4633	4637	4641	4645	4649	4653	4657	4661	4665	4669	4673	4677	4681	4685	4689	4693	4697	4701	4705	4709	4713	4717	4721	4725	4729	4733	4737	4741	4745	4749	4753	4757	4761	4765	4769	4773	4777	4781	4785	4789	4793	4797	4801	4805	4809	4813	4817	4821	4825	4829	4833	4837	4841	4845	4849	4853	4857	4861	4865	4869
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

TAMARA ANDRADE SOARES
RUA DINAMICA CORREA, 1020 / LOJA 02 - DINAMERICA
CAIPIRA GRANDE / PB CEP: 58400003 (AG-401)

Emissão: 24/09/2018 Referência: Set / 2018

Classificação: COMERCIAL / COMERCIAL MONOPHASE - Alça Suavizada
Roteiro: 14 - 401 - 754 - 1892 NF Medidor: 0000007824

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Três Irmãs - Caiçara Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.003.138-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica F001 957 347
Cód. para DCE Autônoma: 00002510013

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CNPJ CNPJ RANI
Set / 2018	24/09/2018	25/10/2018	008.335.994-42 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/251501-3

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 24/08/18	Data 24/09/18	1	143	31
Leitura 1345	Leitura 1488			

Demonstrativo		Valor Base Calc		Ata. Imposto		Base Calc. Imposto		Cálculo (%)	
CC	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor	Base Calc	Ata. Imposto	Base Calc. Imposto	Cálculo (%)	
0001	Consumo em kWh	143,000	0,702990	100,66	100,66	25	25,16	100,66	0,74 3,42
0001	Adic. B. Vermeia	10,09	10,09	25	2,52	10,09	0,97	0,34	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIB. LUM. PÚBLICA	15,73	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,30	

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 126,45 110,75 27,88 110,75 0,91 3,78

Média últimos meses (KWh) 75 **VENCIMENTO** 16/10/2018 **TOTAL A PAGAR** R\$ 126,45

Histórico de Consumo (KWh)

15	0	45	10	0	45	175	125	127	120	197	129
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

RESERVADO AO FISCO

25b9.9aed.7470.b751.28ea.7df9.09b7.34c3.

Indicadores de Qualidade

Índice da ANEEL	Ata. Imposto	Limite de Referência
DCA TRIMESTRAL	5,31	0,00
DCA ANUAL	10,82	0,00
DCA TRIMESTRAL	21,25	0,00
DCA ANUAL	3,38	0,00
DCA TRIMESTRAL	8,71	0,00
DCA ANUAL	12,45	0,00
DCA TRIMESTRAL	3,03	0,00
DCA ANUAL	12,22	0,00

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	21,81	17,99
Compra de Energia	42,49	33,60
Serviço de Transmissão	5,25	4,15
Encargos Setoriais	9,15	7,24
Impostos Diretos e Encargos	47,95	37,92
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	126,45	100,00

Valor de EUSD (Ref. 7/2016) R\$22,41

ATENÇÃO

- Letra confirmada

Faturas em atraso

REV. PREVIDENCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

BORBOREMA
Energisa
Roteiro: 14 - 401 - 754 - 1892
Matrícula: 251501-2018-09-4

VENCIMENTO 16/10/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 126,45

83640000001-1 26450147000-1 02515012018-3 09400401019-8



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ 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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Imacina Bruno Sarmiento inscrito (a) no CPF 036 781 814, 06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gilvancho Tavoras Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 083562504/47, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gilvancho Tavoras Ribeiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 083562504/47, 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 Dinamínea Alves Azeite</u>		Número <u>102</u>	Complemento <u>Loja 02</u>
Bairro <u>Dinamínea</u>	Cidade <u>Compiro Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58400-000</u>
Email <u>imacina.bruno.adv@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>8333341289</u>	Telefone celular (DDD) <u>83999835048</u>	

C. Grande, 01 de Novembro de 2018.

Local e Data


 Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose' Marcos da Silva Santos,
RG nº 30, data de expedição 31/10/2018
Órgão SSP PB, portador do CPF nº 06655123410, com
domicílio na cidade de Remigio, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Patricio Valentin Monteiro, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Gilvando Tavares Ribeiro cujo o condutor era
Gilvando Tavares Ribeiro.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda/CG 160 Fan ESDI
Ano: 2017
Placa: AFE-1293/PB
Chassi: 9C2KC2200HR602752
Data do Acidente: 05/08/2018
Local e Data: Remigio PB 29/10/2018

JOSE MARCOS DA SILVA SANTOS
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REMÍGIO
Rua José Leal, 137 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remigio - PB

ESCRIVENTES: ☐ Maria do Socorro Barbosa Fernandes
☒ Mércia Maria Serafim dos Santos
☐ Maria Selma da Silva

Reconheço com AUTÊNTICA(S) a(s) firma(s) de Jose' Marcos da Silva Santos
Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste cartório.
Dou fé Remigio, 29/10/2018 Mércia Maria Serafim dos Santos
"SELO DIGITAL" AHU64559-R54V
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.jfph.br>





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): GILVANO CAVALCANTE

TR 4036180 PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 502.4 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 05 / 08 / 2018 A 12 / 08 / 2018 NECESSITANDO DE

15 (QUINZE) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 12 / 08 / 18

Dr. Reginaldo Fernandes
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Ass. do médico Nº. do CRM
Residência

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr., _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do paciente ou responsável



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONTUÁRIO Nº: 1707396 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 5432-809 Data: 05/08/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Patrícia Maria Gonçalves

PACIENTE: GILVANDO TAVARES RIBEIRO CEP: 58398000 Nascimento: 21/09/1987
Endereço: RUA MANOEL BENTO CAVALCANTE Sexo: M Telefone:
Cidade: Riágio Idade: 030 Bairro: CENTRO
Nome da Mãe: RG: 4324
Responsável: CPF: Profissão:
Estado Civil: Data de Atendimento: 05/08/2018 CNV: 2056666
Motivo: ACIDENTE DE MOTO CONVÊNIO: SUS
Médico: Hora: 21:07:39 Especialidade:
CRM:

OBS FICHAS
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente e ao lado)



1. Abracejo
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Cor
7. Edema
8. Empatamento
9. Infecção subcutânea
10. Hematoma
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Perfuro-cortado
17. F. Perfuro-cortante
18. Fratura óssea fechada
19. Fratura óssea aberta
20. Hematoma
21. Injurgimento Venoso
22. Laceração
23. Lesão tendinosa
24. Luxação
25. Mordedura
26. Movimento torácico paradoxal
27. Objeto Encaixado
28. Otoregia
29. Paralisia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Queimadura
33. Rincorrágia
34. Sinal de Isquemia
- 35.
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: POLITRAUMA

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ÚLTIMA DE ALIMENTAÇÃO: MOTO/MOTO, SAMU APRESENTA VITÓRIAS SUAS DE EMBRIÓGENOS. REFERE DUA HX REBITO PERIORBITAL, REGÃO FACIAL ESQUERDA, CERVICAL.

TOMOGRAFIA REALIZADA EM:

05/08/18

ALERGIA:

NEGA

MEDICAMENTOS:

PREJUDICADO

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Foto: reagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA 130/90 HGT: Sat02

A VÍAS AERIAS PERMANENTE ESTABILIDADE CEREBRAL

B. MVD: ANI

C. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL

D. PUPILAS FOTOREAGENTES/ISOCÓRICAS Q4. 15

E. EDMA MUSE. 6 EDMA PERIORBITAL (E), FEAJAMENTO PERFURADO

PUNÇÃO EM RG MALHA ESQUERDA, PUNÇÃO DE BIL. DENTÁRIOS

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
- () Ultrassonografia:
- () Gasometria arterial
- () Radiografias:
- () Tomografia Computadorizada
- ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR, DMF às Dia / /

Especialista: / às Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	500 / 1000 ml / IV	
2	DIPRONA 100 / 100 / IV 7h	
3	Tableta 20 + 20	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Francisco de Assis
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM-PB 1026

Dr. Danilo Meyer Peixoto
Cirurgião Geral
CRM-PB 1601 (CREMEPE 153)

COMPREV PREVIDÊNCIA SIA
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Clyton Gaudes Ribeiro		
End:	Paraná Bento Bacelar	Bairro:	324
Data de Nascimento:	31 anos	Documento de Identificação:	Pernambuco
Queixa:	Acidente	Data do Atend.:	05.08.18
		Hora:	20:55
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim (x) Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

- (x) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



05/08/2018

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

paciente
de exame
+ profuro. *exame B + defecção.*
af. obs. verdu. profuro.

profuro. *profuro. profuro.*

Daniel Dias
NEUROLOGIA
Clínica

Via - 06/08/18 - 09.20

Paciente evolui estímulos neurológicos.

ECG IS.

S/ defecção

CO: Alter. de Via

Tomaz Carlos Monte Raso

CRM 7712

DESTINO DO PACIENTE _____ hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar

() A revelia

() Decisão Médica

() Óbito

X Gilberto Soares Ribeiro
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

BMF.

*Exame físico e
exame de laboratório. Como
os dados clínicos apontam para
a presença de um foco (B). Os
dados físicos apontam para os
problemas de complicações secundárias
(C) e corpo de Mandelbrot
de forma de elevação de nível.*

*Ex. físico e
de PCR. Não se trata
de BMF por
motivos de ordem +
exame clínico.*

Dr. Francisco Ailton de Melo
Cirurgião - RATO FACIAL
CRM - PB 1.026

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

via.php?contar=1707396

2/2

RECEBUEV PREVIDENCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: GILVANDU TAVARES RIBEIRO

DN:

PRONT. Nº: 1707 396

NATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO: 06.08.2018

ALTA: 12.01.2018

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Acidente de moto
trauma de face
fratura ossa de face

2. Resultado dos principais exames

Fratura de Mandíbula e Zígoma (E)

3. Evolução e complicações

N.D.W

4. Terapêutica realizada

Redução e fixação das fraturas com
placas e parafusos

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Cirurgia

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

1) Tratamento medicamentoso

2) Alimentação L.D.

3) Orientações

4) Retorno 15 dias

5) Retorno Amputado

DIA 23-01-2018

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

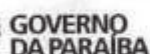
☒ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:

Campina Grande, 12 de 08 de 2018

Dr. Reginaldo Fernandes
Cirurgia e Traumatologia
Maxilo-facial
Responsável pelo resumo



Diagnóstico

Fl DE MANDUBIA

Fa de Zilina E

Fa de ZIGONG E

Paciente	GILVANO TAVARES RIBEIRO	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	-------------------------	------------	--	-------	--	----------	--

[illegible]

MOD 015

19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

A. COSTA COMÉRCIO ATACADISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA.

CNPJ: 02.977.362/0001-62 - INSC. ESTADUAL 16.123.801-7

Rua João Quirino, 548 - Catolé - Campina Grande - Paraíba - CEP: 58410-370 - acimplantes@outlook.com.br

Fones: 83 3337.3628 / 3337.6573 - Fax: 83 3337.3510 - TeleVendas: 0800 281 7161

Paciente: Gilvando Tavares Ribeiro Data da Cirurgia: 11/08 2018
Hospital: Materna B. Grande Prontuário: 1704396
Médico: Dr. Josuel Junior Convênio: pus
Procedimento: Plastia Mandibula e Zigoma Código Proc.: _____

Controle Cirúrgico

Quant.	Descrição do material utilizado	Lote	Cod. Anvisa
01	placa metá e. 8x16F 2x2.0		
01	placa metá 4F 2x2.0		
01	placa metá 2F 2x2.0		
04	parafusos nº 8		
06	parafusos nº 06		
Curviga feita no Jábado			

19 NOV. 2018

PROTOCOLADO

DR. JOAO PESSOA

Assinatura

Assinatura Jr.

Verificado por: Kécia Holanda Circulante: Gláucia

Médico:

Jose R. Cantante Jr.
Cirujano
3335.3058
3/64

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME				IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATAXÍAS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO			
LÍQUIDOS								
CÓDIGOS					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânulas: _____ Para o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	19 NOV. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO DE DEUS							
POSIÇÃO	19 NOV. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO DE DEUS							
AGENTES	19 NOV. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO DE DEUS							
TÉCNICA	19 NOV. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO DE DEUS							
OPERAÇÃO	19 NOV. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO DE DEUS							
CIRURGIÕES	19 NOV. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO DE DEUS							
ANESTESISTAS	19 NOV. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO DE DEUS							
OBSERVAÇÕES	19 NOV. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO DE DEUS							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Gilberto Tavares Ribeiro DN-22/09/1987						GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		
		SUS	30	1707396	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		
CIRURGIA: Cat. cirúrgico el. de excisão da físt. de mandíbula e zigomax.				CIRURGIÃO: Dr. Manoel Junior			
ANESTESIA: Genel				ANESTESIA: Dr. Wanderley			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM			
		11/08/18	13:40	16:00			

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calel. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	10	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno	01	Catgut Simples Sertix Y12	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml amp		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaína % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp. amp		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	500ml	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	06	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
01	Rapifen amp. amp		H ₂ O ₂ ml	02	Mononylon n° 3-0	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto	02	Mononylon n° 4-0	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
02	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
02	Decadron amp.	01	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	02	Luvas 7.0	02	Vicryl Sertix n° 3-0	
01	Flaxidol amp. nausedron	01	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	01	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m 3l/min			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	material SOROS	
	Kanakion amp.	0.5	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	0.5	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.	03	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml	03	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Suptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	material ORTESE E PROTESE	
02	Cefalotina 1g amp	01	Sonda Nasogática	01	placa el. 6 duros el. extensor 2.0	
			Sonda Uretral n° 14	02	parafusos n° 8 ex 2.0	
			Sterydrem ml	01	placa x. to. el. 4 duros ex 2.0	
			Torneirinha	01	placa x. to. el. 2 duros ex 2.0	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	01	cat. endo. de excisão	06	parafusos n° 6 com 2.0	
03	Agulha desc. 25 x 7	02	cat. ax. med. n° 7.0			
	Agulha desc. 28 x 28 40x12	05	latex			
	Agulha desc. 3 x 4.5	03	elétricos			
	Agulha p/ raque n°	03	escudo pl. antiseptico			
0.5	Álcool de Enfermagem	03	luvas de procedimento			
	Álcool Iodado ml	0.5	gel condutor			
	Ataduras de Crepon	01	filtro pneumático			
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS	
() Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
() Serra	(X) Eletrocautério
() Desfibrilador	(X) Oxícapiógrafo
() Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico

PROTOCOLADO
19 NOV. 2018
C. JOÃO PESSOA

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Macineir dos Santos
Técnica de Enfermagem
20147

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fratura mandibular (corpo)
fx de zigoma (E)

Paciente Cyriano Tavares Ribeiro Alojamento Neurologia Leito 7-2 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/07/17	1- Dieta pastosa 2- Meds prescritos 3- H ₂ O 20ml + 10 ml AD E.V. 12/12h 4- Dexametasona 10 (FA+AD) EV 06/10/12h (SIV) 5- SSVU + CCG	OK OK 08 06 09 12 OK	#341F-21 5º DJH Tatuagem costal em 3 ^{da} exatidão de abstrato bucal. Luz idêntica em face co: aguardando oportunidade para SIV.
Dr. Reginaldo Fernandes Cirurgia e Traumatologia Bucco-Maxilo-Facial Residente - CRO PE 3016			
Dieta zero a partir das 22:00h			

UNAFREV PREVIDÊNCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 935

19 NOV. 2018

PROTOCOLO

AC. JOAO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 33.48242 DATA DE EMISSÃO 11.08.2008

NOME GILVANDO TAVARES RIBEIRO

Sobrenome Fernandes Ribeiro

Figuração Silvana Miguel Tavares

João Pessoa PB 21.09.1987

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nas. Nº 13.393, fls. 106, liv. A. 12, Cart. 1

DAF Origem CRUE do Esp. Santo PB

CPF

Assinatura do Titular

LEI Nº 7.116 DE 1966

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P.156

Gilvando Tavares Ribeiro

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

083.562.504-47

088

GILVANDO TAVARES RIBEIRO

21/09/1987

Assinatura

Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

10/06/2008

BANCO DO BRASIL

COMPREV PREVIDENCIA S/A

19 NOV. 2018

PROTOCOLO

G. JOÃO PESSOA

SELO DIGITAL: AF144.766-TDJG

Consulte a autenticidade em <http://patentdigital.tipo.jus.br>

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6035

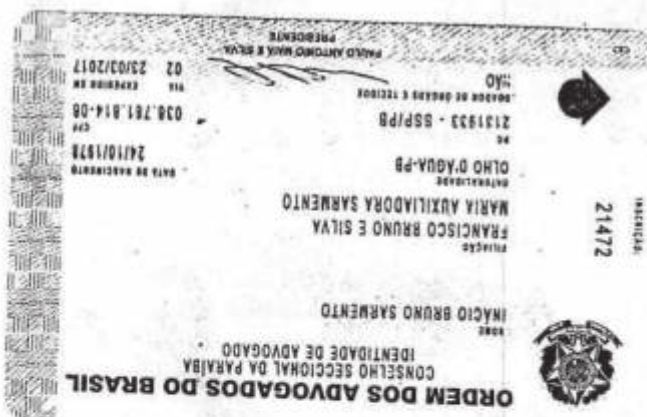
CNPJ: 09.365.445/0001-76

Ed. Pedro Obispo de Lucena

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande, 28.06.17

280617

Bol. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião



PROT. PREVIDENCIA SIM
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

LACRE 004476660

DETRAN - PB Nº 013929186798
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 0111377380-1 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
JOSE MARCOS DA SILVA SANTOS

CPF / CNPJ
06655123410

PLACA
QFE1293/PB

PLACA ANT / UF
NOVO PB

CHASSI
9C2KC2200HR602752

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2017

CAP / POT / CIL
2 P/162 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
00/00/0000

VENC. / COTAS
1ª

FADIA LPVA

PARCELAMENTO / COTAS
0

2ª

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)
P A G O

DATA DE PAGAMENTO
13/03/2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

REMIGIC-PB

LOCAL

DATA
14/03/2019

33375

15520

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS P
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS OU

PB Nº 013929186798

ESTE É O SEU BILHETE
PARA MAIS INFORMAÇ
AS CONDIÇÕES GERA

www.seguradora
SAC DPVAT 08

VIA 1 CPF / CNPJ
06655123410

RENAVAM 01113773801 HONDA/CG

ANO FAB. 2017 CAT. TAB. 9 9C2KC220

PRÊMIO TA

FNS (R\$)

DENATRAN

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)
SEGURO

PAGAMENTO
S COTA ÚNICA

SEGURADORA

CNPJ 08.240.

15520-0918193-

PROTÓCOLO
19 NOV. 2018
AC. JOÃO PESSOA

CONTRATO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180542691 **Cidade:** Remígio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILVANDO TAVARES RIBEIRO **Data do acidente:** 05/08/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA E ZIGOMÁTICO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Gilvando Tavares Ribeiro, brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão auxiliar de serviços, inscrito
no CPF de nº. 083.15621504/47, e no RG de nº 3348242, residente
e Domiciliado a Rua: Camilo Lirio da Costa, nº 48,
Bairro Centro, na Cidade de Remigio,
Estado Paraíba, CEP 58398000.

OUTORGADO: **INACIO BRUNO SARMENTO**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF
de Nº. 036.781.814-06, RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, escritório
localizado na Av. Dinamerica Alves Correia, 1020, loja 02, Dinamerica, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou
em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Gilvando Tavares Ribeiro,
ocorrido em 05.10.2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

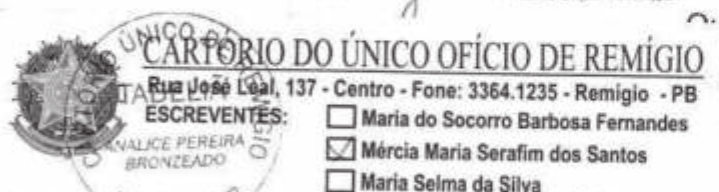
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse,
podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar
Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o
pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar
todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos
necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Campina Grande/PB, em _____ de outubro de 2018

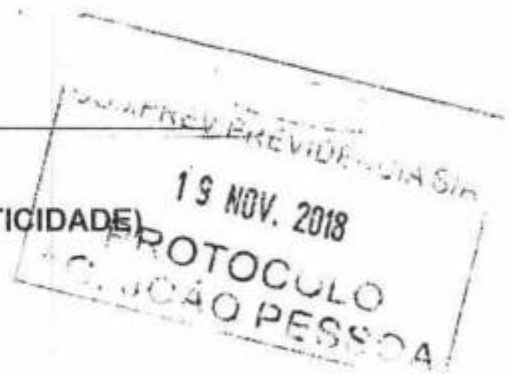
X Gilvando Tavares Ribeiro

Outorgante

IA POR AUTENTICIDADE)



Conforme cartão de autógrafa de arquivos neste cartório.
Dou fé Remigio, 23.10.2018, Mércia Maria Serafim dos Santos



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418189/18

Vítima: GILVANDO TAVARES RIBEIRO

CPF: 083.562.504-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/08/2018

Titular do CPF: GILVANDO TAVARES RIBEIRO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

INACIO BRUNO SARMENTO : 036.781.814-06

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

GILVANDO TAVARES RIBEIRO : 083.562.504-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/11/2018
Nome: INACIO BRUNO SARMENTO
CPF: 036.781.814-06

INACIO BRUNO SARMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180542691 **Cidade:** Remígio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILVANDO TAVARES RIBEIRO **Data do acidente:** 05/08/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA E ZIGOMÁTICO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GILVANDO TAVARES RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3180542691**

Vítima: **GILVANDO TAVARES RIBEIRO**

Data do Acidente: **05/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180542691**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13616398



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 08356250447	Nome completo da vítima Gilvanildo Tavares Ribeiro
---------------------------	-------------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gilvanildo Tavares Ribeiro	CPF titular da conta 08356250447	Profissão agente de vendas
Endereço Rua Comandante João de Deus	Número 76	Complemento
Bairro Centro	Cidade Remói	Estado PA
Email inaciofurno04@gmail.com	CEP 58398000	Telefone (DDD) 8333341239

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 19	D/V NOV 2018	CONTA NRO. 19	D/V NOV 2018
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome BAWU DO BRASIL	TITO 001
AGÊNCIA NRO. 2520	CONTA NRO. 14776
D/V 8	D/V 1
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. Grande 01 de Novembro de 2018.
Local e Data

Gilvanildo Tavares Ribeiro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/, - Catole - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 000536/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000536/18 registrada em 22/10/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e dois dias do mês de outubro do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 14:03 horas, compareceu o Sr. GILVANDO TAVARES RIBEIRO, com 31 anos de idade, filho de ERNANDES RIBEIRO e SILVANA MIGUEL TAVARES, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JOÃO PESSOA - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão, portador da Cédula de Identidade Nº 3.348.242, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 08356250447, residindo à rua CAMILO CIRILO DA COSTA, 78, bairro CENTRO, na cidade de REMÍGIO - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 19h30min do dia 05.08.2018, estava trafegando por uma estrada vicinal que liga o Distrito de Cepilho a cidade de Remígio/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 160 FAN ESDI, ano/modelo 2017/2017, cor vermelha, chassi nº 9C2KC2200HR602752, de placa QFE-1293/PB, licenciada em nome de José Marcos da Silva Santos, quando em uma curva foi surpreendido por outra motocicleta de marca, placa e demais características não identificadas, que era conduzida pela pessoa identificada apenas por RICARDO, o qual levava como "carona" a pessoa identificada por JAQUELINE, tendo o comunicante se ofuscado com o reflexo do farol da outra moto e acabou chocando-se frontalmente, sendo que em decorrência do impacto todos jogados ao solo, causando-lhes ferimentos graves, sendo socorridos pelo SAMU e encaminhados para o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande/PB, onde o comunicante foi submetido a cirurgia do maxilar, não sabendo informar o tipo de tratamentos que os ocupantes da outra moto foram submetidos; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom e com via seca, entretanto não existe iluminação no local, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local do ocorrido, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar contra o condutor da outra moto, pelas lesões sofridas no acidente. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Segunda-feira, 22 de Outubro de 2018

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

GILVANDO TAVARES RIBEIRO

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Gilvandro Tavares Ribeiro

CPF da Vítima

08356250447

Data do Acidente

05/08/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

C. Spindler, 01 de Novembro de 2018
Local e Data

Gilvandro Tavares Ribeiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILVANDO TAVARES RIBEIRO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02520-8

CONTA: 000000014776-1

Nr. da Autenticação E657F20D15E85516



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO
Rua: Dr. Luiz Bronzeado s/n – Centro, Remígio.

Remígio 18/10/2018.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins que, o **PRONTO ATEMDIMENTO (PA)**, da cidade de Remígio, prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente: **GILVANDO TAVARES RIBEIRO**, vítima de acidente de trânsito, no dia 05/08/2018. Após o atendimento da equipe, O mesmo foi conduzido para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande – PB.

ALANE LIMA DE FREITAS SOUTO

Diretora de Departamento de Urgência e Emergência – Remígio- PB

CPF- 07174520421





TAMARA ANDRADE SOARES
RUA DINAMICA CORREA, 1020 / LOJA 02 - DYNAMERICA
CAIPIRA GRANDE / PB CEP: 58400003 (AG-401)

Emissão: 24/09/2018 Referência: Set / 2018

Classificação: COMERCIAL / COMERCIAL MONOPHASE - Alça Suavizada
Roteiro: 14 - 401 - 754 - 1892 NF Medidor: 0000007824

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Três Irmãs - Caiçara Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.003.138-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica / F001 957 347
Cód. para DCE: Autenticação: 00002510013

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisas.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CNPJ CNPJ RANI
Set / 2018	24/09/2018	25/10/2018	008.335.994-42 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/251501-3

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 24/08/18	Data 24/09/18	1	143	31
Leitura 1345	Leitura 1488			

Demonstrativo		Valor Base Calc		Ata. Impostos		Base Calc. Impostos		Ded. Impostos	
CC	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor	Base Calc	Ata. Impostos	Base Calc. Impostos	Ded. Impostos	Valor
0001	Consumo em kWh	143,000	0,702990	100,66	100,66	25	25,16	100,66	0,74
0001	Adic. B. Vermelha	10,09	10,09	25	2,52	10,09	0,97	0,34	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIB. LUM. PÚBLICA	15,73	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 126,45 110,75 27,88 110,75 0,91 2,78

Média últimos meses (KWh) 75 **VENCIMENTO** 16/10/2018 **TOTAL A PAGAR** R\$ 126,45

Histórico de Consumo (KWh)

15	0	45	10	0	45	175	125	127	120	1	97	129
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	

RESERVADO AO FISCO
25b9.9aed.7470.b751.28ea.7df9.09b7.34c3.

Indicadores de Qualidade		7/2018 - 25/09/2018	
Índice de Aterragem	Índice de Qualidade	Limite de Referência	Limite de Referência
DIA MENSAL	5,31	0,00	NÃO APLIC.
DIA TRIMESTRAL	10,82		
DIA ANUAL	21,25		
PIZ MENSAL	3,38	0,00	CONTRATADA
PIZ TRIMESTRAL	8,71		LMITE INFERIOR
PIZ ANUAL	13,45		LMITE SUPERIOR
DMC	3,03	0,00	
DICR	12,22		

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	21,81	17,99
Compra de Energia	42,49	33,60
Serviço de Transmissão	5,25	4,15
Encargos Setoriais	9,15	7,24
Impostos Diretos e Encargos	47,95	37,92
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	126,45	100,00

Valor de EUSD (Ref. 7/2016) R\$ 22,41

ATENÇÃO

- Letra confirmada

Faturas em atraso

REV. PREVIDENCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

BORBOREMA
Roteiro: 14 - 401 - 754 - 1892
Matrícula: 251501-2018-09-4

VENCIMENTO 16/10/2018 **TOTAL A PAGAR** R\$ 126,45

83640000001-1 26450147000-1 02515012018-3 09400401019-8



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Imacina Bruno Sarmiento inscrito (a) no CPF 036 781 814, 06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gilvancho Tavoras Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 083562504/47, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gilvancho Tavoras Ribeiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 083562504/47, 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 Dinamínea Alves Azeite</u>		Número <u>102</u>	Complemento <u>Loq 02</u>
Bairro <u>Dinamínea</u>	Cidade <u>Compiro Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58400-000</u>
Email <u>imacina.bruno.adv@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>8333341289</u>	Telefone celular (DDD) <u>83999835048</u>	

C. Grande, 01 de Novembro de 2018.
 Local e Data


 Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose' Marcos da Silva Santos,
RG nº 30, data de expedição 31/10/2018
Órgão SSP PB, portador do CPF nº 06655123410, com
domicílio na cidade de Remigio, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Patricio Valentin Monteiro, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Gilvando Tavares Ribeiro cujo o condutor era
Gilvando Tavares Ribeiro.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda/CG 160 Fan ESDI
Ano: 2017
Placa: AFE-1293/PB
Chassi: 9C2KC2200HR602752
Data do Acidente: 05/08/2018
Local e Data: Remigio PB 29/10/2018

JOSE MARCOS DA SILVA SANTOS
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REMÍGIO
Rua José Leal, 137 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remigio - PB

ESCRIVENTES: ☐ Maria do Socorro Barbosa Fernandes
☒ Mércia Maria Serafim dos Santos
☐ Maria Selma da Silva

Reconheço com AUTÊNTICA(S) a(s) firma(s) de Jose' Marcos da Silva Santos
Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste cartório.
Dou fé Remigio, 29/10/2018 Mércia Maria Serafim dos Santos
"SELO DIGITAL" AHU64559-R54V
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.jfph.br>





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): GILVANO CAVALCANTE

TR 4036180 PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 502.4 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 05 / 08 / 2018 A 12 / 08 / 2018 NECESSITANDO DE

15 (QUINZE) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 12 / 08 / 18

Dr. Reginaldo Fernandes
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Ass. do médico Nº. do CRM
Residência

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr., _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do paciente ou responsável



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONTUÁRIO Nº: 1707396 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 05/08/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Patrícia Maria Gonçalves

PACIENTE: GILVANDO TAVARES RIBEIRO CEP: 58398000 Nascimento: 21/09/1987
Endereço: RUA MANOEL BENTO CAVALCANTE Sexo: M Telefone:
Cidade: Riágio Idade: 030 Bairro: CENTRO
Nome da Mãe: RG: 4324
Responsável: CPF: Profissão:
Estado Civil: Data de Atendimento: 05/08/2018 CNV: 2056666
Motivo: ACIDENTE DE MOTO CONVÊNIO: SUS
Médico: Hora: 21:07:39 Especialidade:
CRM:

OBS FICHA MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente e ao lado)



1. Abrisão	9. Fratura óssea fechada
2. Amputação	10. Fratura óssea aberta
3. Avulsão	11. Hematoma
4. Contusão	12. Injuriamento Venoso
5. Crepitação	13. Laceração
6. Cor	14. Lesão tendinosa
7. Edema	15. Luxação
8. Empatamento	16. Mordedura
9. Inflamação subcutânea	17. Movimento torácico paradoxal
10. Hemorragia	18. Objeto Encaixado
11. Equimose	19. Otorragia
12. F. Arma branca	20. Paralisia
13. F. Arma de fogo	21. Parosia
14. F. Cortado	22. Parastesia
15. F. Cortante	23. Queimadura
16. F. Corto-contuso	24. Rincorrágia
17. F. Perfuro-contuso	25. Sinal de Isquemia
18. F. Perfuro-cortante	26.

OBS:
QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: POLITRAUMA

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS
VITIMA DE ACIDENTE MOTO/MOTO, SEMU APRESENTA VITIMAS SUAS DE EMBRIÓFOS. REFERE DUA HIA REBITO PERIORBITAL, REGÃO FARELA ESQUERDA, CERVICAL.

TOMOGRAFIA REALIZADA EM:

05/08/18

ALERGIA: NEGA
MEDICAMENTOS: (PREJUDICADO)
PATOLOGIAS:
EXAME FÍSICO
PUPILAS () Foto: reagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow 15 PA 130/90 HGT: Sat02
A. VIAS AERAS PERIÓRBITAL ESTABILIDADE CEREBRAL
B. MUO: AN/
C. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL
D. PUPILAS FOTOREAGENTES/ISOCÓRICAS Q4. 15
E. EDIMUSO 6 EDMA PERIORBITAL (E), FEAUMENTO PERIFAD
PUNTO 6M RG MALHA ESQUERDA, PÉDIO DE BIL. DENTACIOS
EXAMES SOLICITADOS:
() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: NCR, DMF, as: Dia: / /
Especialista: / as: Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	500 / 1000 ml / IV	
2	DIPRONA 100 / 100 / IV 750	
3	Tableta 20 + 20	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
FRANCISCO DE ASSIS
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM-PB 1026

Dr. Danilo Meyer Peixoto
Cirurgião Geral
CRM-PB 1601 (CREMEPE 193)

CONFREV PREVIDÊNCIA SIA
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Clyton Gaudes Ribeiro		
End:	Paraná Bento Bacelar	Bairro:	324
Data de Nascimento:	31 anos	Documento de Identificação:	Pernambuco
Queixa:	Acidente	Data do Atend.:	05.08.18
		Hora:	20:55
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim (x) Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

- (x) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



05/08/2018

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

paciente
de crânio: exame físico normal, sem alterações.
+ profuro: exame físico normal, sem alterações.
af: obs. verba profuro.

profuro: exame físico normal, sem alterações.

Daniel Dias
NEUROLOGIA
Clínico Geral

Univ - 06/08/18 - 09:20

Paciente evolui estímulos neurológicos.

ECG IS.

S/ defeito

CD: Alter de Univ

Tomás Carlos Monte Raso

CRM/SP 7712

DESTINO DO PACIENTE _____ hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar

() A revelia

() Decisão Médica

() Óbito

X Gilberto Soares Ribeiro
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

BUMF.

Paciente evolui de
condição clínica estável / Como
os dados clínicos apontam para
1 hemorragia no hemisfério (B). Os
grupos, mas devido aos
problemas de complexos significativos
(C) + Coração de Mordelade
de perda de elementos dentários.
Ex. O paciente possui
do NCR, mas não possui
mais pelo BUMF por
motivos de ordem +
exatidão clínica.

Dr. Francisco Ailton de Melo
Cirurgião de Maxilo Facial
CRM - PB 1.026

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

via.php?contar=1707396

2/2

RECEBUEV PREVIDENCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: GILVANDU TAVARES RIBEIRO DN: PRONT. Nº: 1707396
NATURALIDADE: PROCEDÊNCIA:
ADMISSÃO: 06.08.2018 ALTA: 12.01.2019

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Acidente de moto
Lesão de Face
Fratura osso maxilar

2. Resultado dos principais exames

Fratura de Mandíbula e Zígoma (E)

3. Evolução e complicações

N.D.W

4. Terapêutica realizada

Anestesia IV
Redução e fixação das fraturas com
placas e parafusos

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Cirurgia

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

- 1) Tratamento domiciliar
- 2) Medicação V.O.
- 3) Orientações

1) Retornar 15 dias
2) Retorno de controle
DIA 23.01.2019

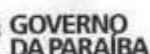
SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
19 NOV. 2018
PROTOCOLADO
A.C. JOÃO PESSOA

7. Condições de alta

- ☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☒ Melhorado ☐ Inalterado
☐ Transferido para: _____

Campina Grande, 12 de 08 de 2018

Dr. Reginaldo Fernandes
Cirurgia e Traumatologia
Maxilo-facial
Responsável pelo resumo



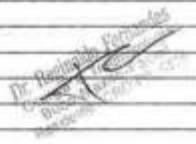
Diagnóstico

Fl DE MANDUBIA

Fa de ZIGONG E

Fa de ZIGONG E

Paciente	GILVANO TAVARES RIBEIRO	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	-------------------------	------------	--	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
12.02.18	① ALTA 40501722AR		A BME C APD
	② RETORNO FISCIONMAN		Paciente CAROL RAO
	 Dr. Reginaldo Peruzzo CRM 10.000.000-0 Rua		CE: EDMA FACIAL RB CARIOSOM
			ED: ALTA HESPROTMAN
			RETORNO FISCIONMAN
			 Dr. Reginaldo Peruzzo CRM 10.000.000-0 Rua

MOD 015

19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

A. COSTA COMÉRCIO ATACADISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA.

CNPJ: 02.977.362/0001-62 - INSC. ESTADUAL 16.123.801-7

Rua João Quirino, 548 - Catolé - Campina Grande - Paraíba - CEP: 58410-370 - acimplantes@outlook.com.br

Fones: 83 3337.3628 / 3337.6573 - Fax: 83 3337.3510 - TeleVendas: 0800 281 7161

Paciente: Gilvando Tavares Ribeiro Data da Cirurgia: 11/08/2018
Hospital: Materna B. Grande Prontuário: 1704396
Médico: Dr. Josuel Junior Convênio: pus
Procedimento: Plastia Mandibula e Zygoma Código Proc.: _____

Data da Cirurgia: 11/08/2018

Hospital: Maunabo H. - Maunaloa

Prontuário: 1707396

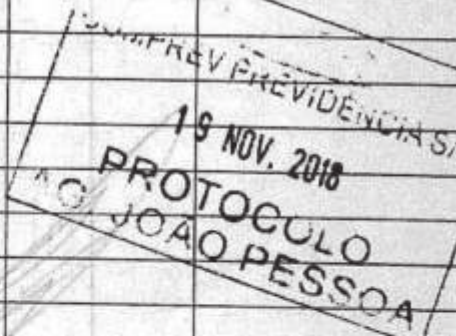
Médico: Dr. Josué Jiménez

Convênio: 1511

Procedimento: Tratadura Mandibular e Zigoma

Código Proc.:

Controle Cirúrgico

Quant.	Descrição do material utilizado	Lote	Cod. Anvisa
01	placa metá e. 8x16F 2x2.0		
01	placa metá 4F 2x2.0		
01	placa metá 2F 2x2.0		
04	parafusos nº 8		
06	parafusos nº 06		
Curitiba feita no Jábado			
			

Bençerigja feita no Sábado

PROT. PREVIDENCIA SIA
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

Verificado por: Kécia Holanda Circulante: Ofúcia

Médico

Jose R. Cardente Jr.
Cirujano Bucal 3335.3058
364

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME				IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATAXÍAS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO			
LIQUIDOS					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____			
CÓDIGOS	VP - ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO				DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					19 NOV. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO DE DEUS			
POSICÃO	Dextro - 1 amp - euforiz + 1 amp - Dextro				Com cânulas: _____ Para o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____			
AGENTES	Fent. simftcis 100 mg + 1 amp - Dextro + 1 amp - Dextro				CÂNULAS			
TÉCNICA	Geral							
OPERAÇÃO	Trat. cir. free							
CIRURGIÕES	JORGE							
ANESTESISTAS	Manoel							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Gilberto Tavares Ribeiro DN-22/09/1987						GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		
		SUS	30	1707396	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		
CIRURGIA: Cat. cirúrgico el. de excisão da físt. de mandíbula e zigomax.				CIRURGIÃO: Dr. Manoel Junior			
ANESTESIA: geral				ANESTESIA: Dr. Wanderley			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM			
		11/08/18	13:40	16:00			

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calel. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	10	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno	01	Catgut Simples Sertix Y12	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml amp		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaína % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp. amp		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	500ml	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	06	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
01	Rapifen amp. amp		H ₂ O ₂ ml	02	Mononylon nº 3-0	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto	02	Mononylon nº 4-0	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
02	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
02	Decadron amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	02	Luvas 7.0	02	Vicryl Sertix nº 3-0	
01	Flaxidol amp. nausedron	01	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	01	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m 3l/min			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	material SOROS	
	Kanakion amp.	0.5	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	0.5	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.	03	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml	03	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Suptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	material ORTESE E PROTESE	
02	Cefalotina 1g amp	01	Sonda Nasogática	01	placa el. 6 duros el. extensor 2.0	
			Sonda Uretral nº 14	02	parafusos nº 8 ex 2.0	
			Sterydrem ml	01	placa x. to. el. 4 duros ex 2.0	
			Torneirinha	01	placa x. to. el. 2 duros ex 2.0	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	01	cat. endo. de excisão	06	parafusos nº 6 com 2.0	
03	Agulha desc. 25 x 7	02	cat. ax. med. nº 7.0			
	Agulha desc. 28 x 28 40x12	05	latex			
	Agulha desc. 3 x 4.5	03	elétricos			
	Agulha p/ raque nº	03	escudo pl. antiseptico			
0.5	Álcool de Enfermagem	03	luvas de procedimento			
	Álcool Iodado ml	0.5	gel condutor			
	Ataduras de Crepon	01	filtro pneumático			
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS	
() Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
() Serra	(X) Eletrocautério
() Desfibrilador	(X) Oxícapiógrafo
() Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Macineir
Técnica de Enfermagem
20147

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fratura mandibular (corpo)
fx de zigoma (E)

Paciente Cyriano Tavares Ribeiro Alojamento Neurologia Leito 7-2 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/07/17	1- Dieta pastosa 2- Meds prescritos 3- H ₂ O 20ml + 10 ml AD E.V. 12/12h 4- Dexametasona 10 (FA+AD) EV 06/10/12h (SIV) 5- SSVU + CCG	OK OK 08 06 09 12 OK	#341F-21 5º DJH Tatuagem costal em 3eq ex de hematomas no abdome local Luz idome em face ex: aguardando oportunidade para SIV
Dr. Reginaldo Fernandes Cirurgia e Traumatologia Bucco-Maxilo-Facial Residente - CRO PE 3016			
Dieta zero a partir das 22:00h			

UNIAFREV PREVIDÊNCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 935

GOV. PREVIDENCIA SIA
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 33.48242 DATA DE EMISSÃO 11.08.2008

NOME GILVANDO TAVARES RIBEIRO

Sobrenome Fernandes Ribeiro

Figuração Silvana Miguel Tavares

João Pessoa PB 21.09.1987

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nas. Nº 13.393, fls. 106, liv. A. 12, Cart. 1

DAF Origem CRUE do Esp. Santo PB

CPF

Assinatura do Titular

LEI Nº 7.116 DE 1966

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P.156

Gilvando Tavares Ribeiro

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

083.562.504-47

088

GILVANDO TAVARES RIBEIRO

21/09/1987

Assinatura

Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

10/06/2008

BANCO DO BRASIL

COMPREV PREVIDENCIA S/A

19 NOV. 2018

PROTOCOLO

G. JOÃO PESSOA

SELO DIGITAL: AP144.766-70JS
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro Fone: 3341-6035

CNPJ: 09.365.945/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

Certifico e vou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande

28 06 17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
tabelião

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.162/94)

ASSINATURA DO PORTADOR
João Bruno Sacramento

Observações

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADOGADO

INACIO BRUNO SARMENTO

Relação
FRANCISCO BRUNO E SILVA
MARIA AUXILIADORA SARMENTO

ENTRADA
OLHO D'ÁGUA-PB

NO
2131923 - SSP/PB

LOCAL DE DADOS E TÍTULOS

PAULO ANTONIO SILVA E SILVA
PRESENTE

DATA DE NASCIMENTO
24/10/1978

CNPJ
038.761.814-08

VIA
EXTRATO EM

02 23/03/2017

INSCRIÇÃO
21472

SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA SIM
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

LACRE 0044766600

DETRAN - PB Nº 013929186798
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 0111377380-1 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
JOSE MARCOS DA SILVA SANTOS

CPF / CNPJ
06655123410

PLACA
QFE1293/PB

PLACA ANT / UF
NOVO PB

CHASSI
9C2KC2200HR602752

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2017

CAP / POT / CIL
2 P/162 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
00/00/0000

VENC. / COTAS
1ª

FADIA LPVA

PARCELAMENTO / COTAS
0

2ª

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

13/03/2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

REMIGIC-PB

LOCAL

DATA
14/03/2019

33375

15520

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS P
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS OU

PB Nº 013929186798

ESTE É O SEU BILHETE
PARA MAIS INFORMAÇ
AS CONDIÇÕES GERA

www.seguradora
SAC DPVAT 08

VIA 1 CPF / CNPJ
06655123410

RENAVAM 01113773801 HONDA/CG

ANO FAB. 2017 CAT. TAB. 9 9C2KC220

PRÊMIO TA

FNS (R\$)

DENATRAN

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

PAGAMENTO

S COTA ÚNICA

PAR

SEGURADORA

CNPJ 08.240.

15520-0918193-

PROTÓCOLO
19 NOV. 2018
AC. JOÃO PESSOA

CONTRATO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180542691 **Cidade:** Remígio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILVANDO TAVARES RIBEIRO **Data do acidente:** 05/08/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA E ZIGOMÁTICO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Gilvando Tavares Ribeiro, brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão auxiliar de serviços, inscrito
no CPF de nº. 083.15621504/47, e no RG de nº 3348242, residente
e Domiciliado a Rua: Camilo Lirio da Costa, nº 48,
Bairro Centro, na Cidade de Remigio,
Estado Paraíba, CEP 58398000.

OUTORGADO: **INACIO BRUNO SARMENTO**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF
de Nº. 036.781.814-06, RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, escritório
localizado na Av. Dinamerica Alves Correia, 1020, loja 02, Dinamerica, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou
em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Gilvando Tavares Ribeiro,
ocorrido em 05.10.2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

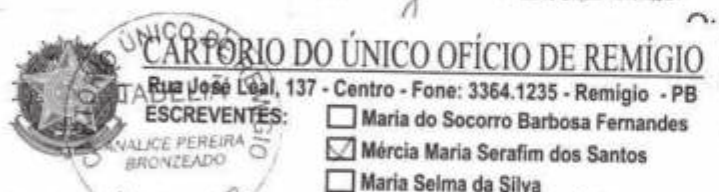
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse,
podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar
Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o
pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar
todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos
necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Campina Grande/PB, em _____ de outubro de 2018

X Gilvando Tavares Ribeiro

Outorgante

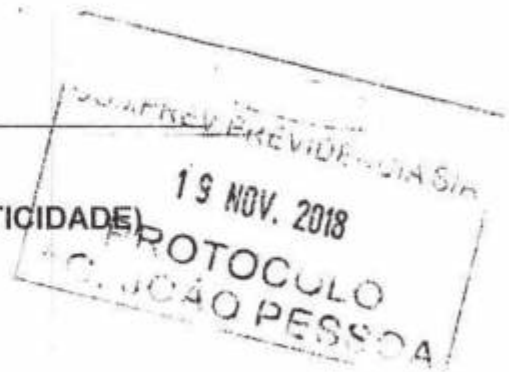
IA POR AUTENTICIDADE)



Conforme cartão de autógrafa de arquivos neste cartório.

Dou fé Remigio, 23.10.2018, Mércia Maria Serafim dos Santos

"SELO DIGITAL" # 64483-75241
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tioh.ius.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418189/18

Vítima: GILVANDO TAVARES RIBEIRO

CPF: 083.562.504-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/08/2018

Titular do CPF: GILVANDO TAVARES RIBEIRO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

INACIO BRUNO SARMENTO : 036.781.814-06

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

GILVANDO TAVARES RIBEIRO : 083.562.504-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/11/2018
Nome: INACIO BRUNO SARMENTO
CPF: 036.781.814-06

INACIO BRUNO SARMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA