

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

Gilvandro Tavares Ribeiro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gilvandro Tavares Ribeiro		CPF titular da conta 08356250447	Profissão agente de
Endereço Rua Comte Cirilo do Costa		Número 76	Complemento
Bairro Centro	Cidade Remojo	Estado PB.	CEP 58398000
Email ineciobruno@uol.com		Telefone (DDD) 8333341289	

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.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

BANCO DO BRASIL

001

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

2520

8

14776

2

(Informar dígito se existir)

(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

Gilvandro 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



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

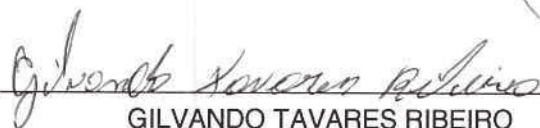
CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000536/18 registrada em 22/10/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e dois dias do mês de outubro do ano de 2018, 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, ai, 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

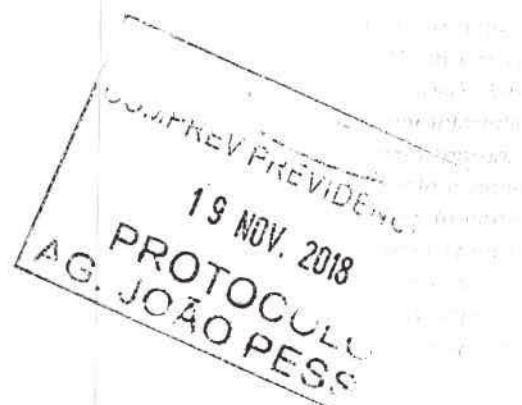
José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia


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

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

Gilvando 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
REMÍGIO / PB CEP: 58398000 (AG 71)

Emissão: 20/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
Roteiro: 12 - 73 - 263 - 4300 Nº medidor: 00000146372

energisa

ENERGISA PARAIBA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.193/0001-40 Insc. Est. 16.016.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 012.681.308
Cód. para Deb. Automático: 09003498999

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2018	20/09/2018	22/10/2018	079.089.644-82 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/345655-5

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
22/09/18	19380	20/09/18	19438	1	58	28

Demonstrativo		Quantidade		Valor		Cobrança	
Descrição		Tarifado		Base de Cálculo		Parcela	
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)		Fatores (R\$)	
0601	Consumo em kWh	58,000	0,792400	46,85	46,85	25	11,48
0601	Adic. B. Vermelha	4,11	4,11	25	1,03	4,11	0,03
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0607	CONTRIB. ILLUM. PÚBLICA	8,38	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0699	DEBITO COMPENSADO 08/2018	3,55	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 59,90 50,08 12,51 50,08 0,40 1,98

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

Histórico de Consumo (kWh)

49	52	50	78	74	94	78	52	1	28	54
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Ago/18

RESERVADO AO FISCO

b750 6c89.568c.e3a3.005f.6f6d.1d0c.8502.

Indicadores de Qualidade 7/2018 - Essencial

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
		NOMINAL	CONTRATADA
DIC MENSAL	0,00	220	202
DIC TRIMESTRAL	0,00	220	202
DIC ANUAL	0,00	220	202
FIC MENSAL	0,00	220	202
FIC TRIMESTRAL	0,00	220	202
FIC ANUAL	0,00	220	202
DMC	0,00	220	202
DICR	0,00	220	202

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição de Energia Elétrica	11,48	19,16
Impostos de Energia Elétrica	4,11	6,86
Impostos de Transmissão	1,03	1,72
Impostos de Distribuição	0,03	0,05
Impostos de Serviços	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	59,90	100,00

Valor de EVSD (Ref 7/2018) R\$ 2,67

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, a rescisão e suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 80 (oitenta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Reajuste Tarifário - Vigência 28/03/18-Res. ANEEL nº 2.438-Baixa Tensão 15,41% Médio
Reajuste Tarifário - Vigência 28/03/18-Res. ANEEL nº 2.439-Alta Tensão 15,75% Médio
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

Jul/18 22,18

PARAIBA

energisa
Roteiro: 12 - 73 - 263 - 4300
Matrícula: 345655-2018-09-8

VENCIMENTO 27/09/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 59,90

836600000000-1 59900054000-6 03456552018-5 09600073019-0



PROVIDENCIA S/A
13 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

TAMARA ANDRADE SOARES
RUA DINAMERICA CORREA, 1025 / LOJA 02 - DINAMERICA
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000 (AG 401)

Emissão: 24/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Subcl: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFASICO
Roteiro: 14 - 401 - 754 - 1892 Nº medidor: 00098087824

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 03.829.596/0001-95 Insc. Est. 16.003.838-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001.957.347
Cód. para Dig. Autenticação: 00002515013

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Set / 2018	24/09/2018	25/10/2018	088.335.994-42 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/251501-3

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 24/09/18	Data 24/09/18	1	143	31
Leitura 1245	Leitura 1488			

Demonstrativo		Valor Base Calc. Atual (R\$)		Base Calc. Pagada (R\$)		Defeito (R\$)	
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Atual (R\$)	Base Calc. Pagada (R\$)	Defeito (R\$)	
				100,68	100,68	0,74	3,42
0801	Consumo em kWh	143,000	0,703960	100,68	100,68	0,74	3,42
0801	Adic. B Vermelha	10,09	10,09	25	2,52	10,09	0,97
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0207	CONTRIB. LUM. PÚBLICA	15,70	0,00	0	0,00	0,00	0,30

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 126,45 110,75 27,88 110,75 0,91 3,76

Média últimos meses (kWh) 75

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

Histórico de Consumo (kWh)

15	0	1	46	10	0	43	178	133	127	120	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

	Índice de ANEEL	Aprovado	Limite de Tensão (V)
DIO MENSAL	5,31	0,00	NOMINAL 220
DIO TRIMESTRAL	10,82		
DIO ANUAL	21,25		
FIO MENSAL	3,35	0,00	CONTRATADA
FIO TRIMESTRAL	8,72		LIMITE INFERIOR 202
FIO ANUAL	13,45		LIMITE SUPERIOR 231
DMC	3,03	0,00	
DICR	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/BO	21,81	17,09
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 do EUSD (Ref. 7/2016) R\$ 22,41

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

REV. PREVIDENCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLADO
AS. JOÃO PESSOA

ENERGISA 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/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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Imacino Bruno Sarmiento inscrito (a) no CPF 036 781 814, 06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gilvando Tavares Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 083562504/1 47, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gilvando Tavares Ribeiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 083562504/1 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 Cunha</u>		Número <u>102</u>	Complemento <u>Lep 02</u>
Bairro <u>Dinamínea</u>	Cidade <u>Compiro Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58400-000</u>
Email <u>imacino.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: GFE-1293/PB
Chassi: GC2KC2200HR602752
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 autógrafa de arquivos neste cartório.
Dou fé Remigio, 29/10/2018 Mércia Maria Serafim dos Santos
"SELO DIGITAL" ATU 64559-R574U
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.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 CARVALHO

TR 036100 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.

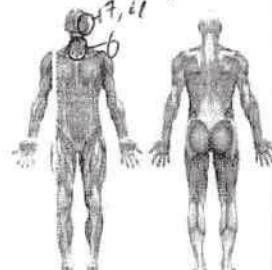
Ass. do paciente ou responsável

CONFREV PREVIDENCIA Sim
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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: 57432-809 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: Remígio Idade: 030 Bairro: CENTRO
Nome da Mãe: _____ RG: _____ Nº: 324
Responsável: _____ CPF: _____ Profissão: _____
Estado Civil: _____ Data de Atend: 05/08/2018 NS: 2656666
Motivo: ACIDENTE DE MOTO CONVENIO: 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. Abrasão	9. Fratura óssea fechada
2. Amputação	10. Fratura óssea aberta
3. Avulsão	11. Hematoma
4. Contusão	12. Ingurgitamento Venoso
5. Crepitação	13. Laceração
6. Dor	14. Lesão tendinosa
7. Edema	15. Luxação
8. Empalhamento	16. Mordedura
9. Enfisema subcutâneo	17. Movimento torácico paradoxal
10. Esmagamento	18. Objeto Encaixado
11. Equimose	19. Otorragia
12. F. Arma branca	20. Paralisia
13. F. Arma de fogo	21. Parestesia
14. F. Cortado	22. Queimadura
15. F. Cortante	23. Rinoirragia
16. F. Corto-contuso	24. Sinais de Isquemia
17. F. Perfuro-contuso	25. Sinais de Isquemia
18. F. Perfuro-cortante	26. Sinais de Isquemia

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID: POLITRAUMA

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS
VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO/MOTO, SEMPRE APRESENTA TODAS SINAIS DE EMBRAGUES, REFERE DOR NA REGIÃO PERIORBITAL, REGIÃO FACIAL ESQUERDA, CERVICAL.

TOMOGRAFIA REALIZADA EM:

05/08/18

ALERGIA: NEGA (PREJUDICADO)

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO
PUPILAS () Foto: reagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow 15 PA 130/90 HGT: Sat02
A VIAS AERIAS PERMANENTE ESTABILIDADE CERVICAL
B. MUCOSA: A.H.
C. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL
D. PUPILAS FOTOREAGENTES/ISOCÓRICAS Q.V. 15
E. EDEMA PERIORBITAL (E), FERIMENTO PERFURADO PUNTO EM RG MALHA RESQUERTA, PERDA DE 6/6 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	500ml / 1000ml / IV	
2	DIPLOMA / 16 / AD / IV 78ml	
3	Tableta 20 + 20	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Dr. Francisco Riton de Mota
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM-PB 1.026

Dr. Danilo Mayer Feitosa
Cirurgião Geral
CRM-PB 76091/CREMEPE 1932

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 Soares Ribeiro		
End:	Rancho Bento Bacelar 324		Bairro:
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 () Fáceis 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



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

12:10
12:10

Daniel Deary
NEUROCURING
GRM 6602

Ucin - 06/08/18 - 09:20

Pacienta evoluți este în neurologian.

EKG 15.

S/derwita

CO: ^{sehr viele} Alter der Wein

Tomas Catão Monte Basco

CRM/87722

SERVIÇOS REALIZADOS:

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

() Centro cirúrgico

() Internacional (setor)

☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () A revelia
 \ () Decisão Médica
 () Óbito

Assinado: _____
 ss. do paciente ou responsável (quando necessário)

BMF.
Sua vez, depois de
vinte e dois dias / como
os seus filhos queriam
e também em um dia (E). Os
grupos foram reunidos mais os
filhos de famílias separadas
(E) + corpo de Mandato
de parte de alguns dias.
Ex. Oportuna para
na NCR não em
mas pelo BMF por
melhor a ordem +
ordenando o ensino.

Dr. Francisco Ailton de Moraes
CIRURGIÃO DE MAXILO FACIAL
CRO - PB. 1.026

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE[illegible]

cia.php?contar=1707396

212

COMPREV 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: 08-08-2018	ALTA: 12-01-2018	

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

Acidente de moto
trauma de face
fratura ossa m. etc.

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

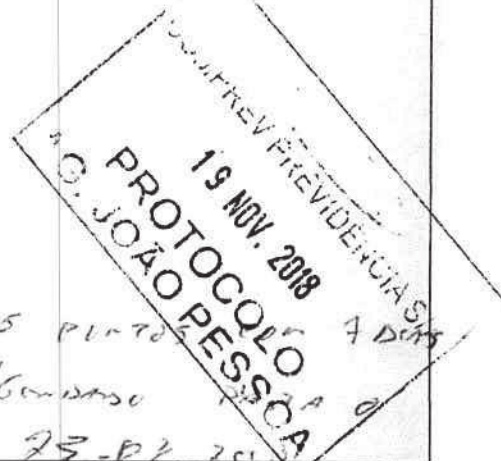
5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

C. M. S. A. D.

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

- 1) Repouso domiciliar
- 2) Alimentação L.D.
- 3) Orientações

1) Retorno 15 dias
2) Retorno 30 dias
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
Residência em Maxilo-facial
Responsável pelo resumo

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX DE MANDÍBULA
FX DE ZIGAMA E

Paciente	GILVANO TAVARES TRICIAO	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	-------------------------	------------	--	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
12.02.18	1) ALTA HOSPITALAR		FX BME C SPD
	2) RETORNO PROCAONADO		PACIENTE CURADO BOM
			CF: PRIMA FACIAL RES CURADO
			ED: ALTA HOSPITALAR
			RETORNO PROCAONADO

Dr. Reginaldo Fernandes
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
Bucodental-Facial
Residente - CRO-PB 6216

Dr. Reginaldo Fernandes
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
Bucodental-Facial
Residente - CRO-PB 6216

MOD. 035

COMPREV PREVIDENCIA S/A
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. Josué Junior Convênio: SUS
Procedimento: Plastia Mandibular e Zigoma Código Proc.: _____

Data da Cirurgia: 11/08/2018

Hospital: St. Maureen H. - Anand

Prontuário: 1707346

Médico: Dr. Josué Jiménez

Convênio: 1511

Procedimento: Trilobaria Mandibular e Zigoma

Código Proc.:

Controle Cirúrgico

[illegible]

Bevægelse fælt i Jæder

19 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

Jose R. Carabante Jr.
Cirujano Bucal
3335.3058

Verificado por:

Kécia Helena

Circulante:

Франция

Mèdico:

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 11-08-18	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			ATARÁXICOS	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					DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ REVIDÊNCIA: _____ Com cânula: _____ Paro Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES								
POSIÇÃO								
AGENTES								
TÉCNICA								
OPERAÇÃO								
CIRURGIÕES								
ANESTESISTAS								
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA		

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Gilberto Tavares Ribeiro DO-221/09/1987						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: trat cirúrgico el de abscess da frot 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.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno	01	Catgut Simples Sertix Y12	
	Fenagam 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	Espadrado 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	
	Thionembul 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	
01	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.	SOROS	
	Kanaktion 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	
	Plasil 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	
02	Cefalotina 1g. amp	01	Sonda Nasogática		ORTESE E PROTESE	
			Sonda Uretral nº 14	01	placa el 6 duras el extensor 2.0	
			Sterydrem ml	07	parafusos nº 8 ex 2.0	
			Torneirinha	01	placa xeta el 4 duras ex 2.0	
				01	placa xeta el 2 duras ex 2.0	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	01	cateto endo	06	parafusos nº 6 ex 2.0	
03	Agulha desc. 25 x 7	02	cateto			
	Agulha desc. 28 x 28 40x12	05	latex			
	Agulha desc. 3 x 4,5	03	elctrodo			
0.5	Agulha p/ raque nº	03	escudo plasepsi			
	Álcool de Enfermagem	03	unidade de pressão			
	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	(A) Eletrocautério
() Desfibrilador	(A) Oxícapiógrafo
() Foco Frontal	(A) Cardiomonitor
() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Macineir dos Santos
 Técnica de Enfermagem
 20147

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Diagnóstico

Fr. di mandibula (corpo)
Fr. di zigoma (E)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/08/17	1- Dieta Pastosa 2- Ileo Apiculado 3- Filtrado 30mg + 10 ml AD E.V. 12/12/17 4- Dipirona 1g (FA+AD) EV. 06/06/18 (S/N) 5- SSUV + CCG	08 06 09 12	#3MF 21 5º DJH Facileza gástrica em 3 eq. cr. limitação de absorção bucal. sem edema em face cd: aguardando oportunidade cirúrgica.
	Dr. Reginaldo Fernandes Cirurgia e Traumatologia Bucco-Maxilo-Facial Residente - CRO-PE 5516		Dr. Reginaldo Fernandes Cirurgia e Traumatologia Bucco-Maxilo-Facial Residente - CRO-PE 5516
	Dieta Zero a partir das 22:00hs		

MOD. 035

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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Admitted at 16:45 tomorrow

Diagnóstico

East. Morduea (Congo)
Zeyher 6).

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK OK

6-A

Paciente	Alfredo Torres Rêgo	Alojamento	0-1	Leito		Convênio	
----------	---------------------	------------	-----	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
06/08/18	① Duetin 1g / Ketorolac ② S.F. 9.4V. 1000 ml ou 24/24L ③ Filatol 20mg ou 12/12h ④ Depodron 4mg ou 8/8L ⑤ Difenidram 200 + 10 ou 6/6h. S/P ⑥ SSUV/CC f	20 24 22	BUFF. Sanguine yellow Se pendente de estudo observando edema - Kach de 1000 por 6). 00 odor fraca. Sanguine Kach d fractura d 3mm (G) + Manuseio. pt. Inchaço 1/1000 d. espuma 100. 000 + espuma do visceral 100. 000
	Dr. Francisco Ailton de Moraes Cirurgião de MAXILO FACIAL CRB - PB. 1.026		Dr. Francisco Ailton de Moraes Cirurgião de MAXILO FACIAL CRB - PB. 1.026

MOD 03

SECRETARIA DE PREVIDENCIA SIA
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 33.48242

NOME **GILVANDO TAVARES RIBEIRO**

Apelido **Ernandes Ribeiro**

FILIAÇÃO **Silvana Miguel Tavares**

João Pessoa PB

21.09.1987
DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nas. Nº 13.393, fls. 106, liv. A. 12, Cart. Cruz do Esp. Santo PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

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

Nome **GILVANDO TAVARES RIBEIRO**

Nascimento **21/09/1987**

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

5m 1987 JUL/2018

 **BANCO DO BRASIL**

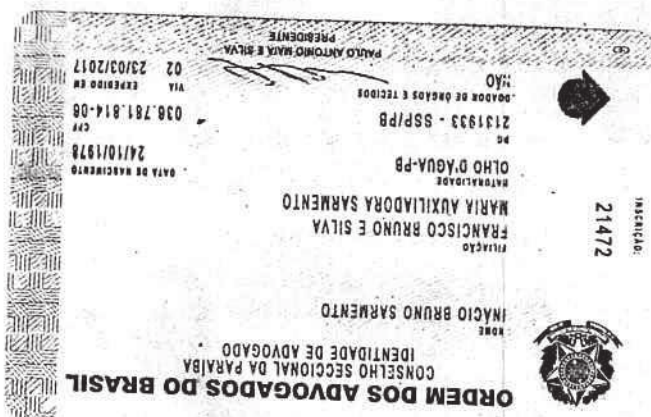
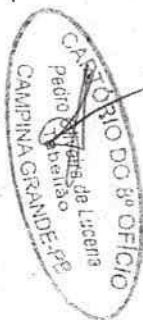
COMPREV PREVIDENCIA S/A

19 NOV. 2018

PROTOCOLO

C. JOÃO PESSOA

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

LACRE 004476920

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

VIA 1 Cód. 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 1ª VENC. / COTAS

IPVA FAIXA I.P.V.A. 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

REMIGIC-PB LOCAL DATA 14/03/2019

33375

15520

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS POR
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS OU

PB Nº 013929186798

ESTE É O SEU BILHETE
PARA MAIS INFORMAÇÃO
AS CONDIÇÕES GERAIS

www.seguradora
SAC DPVAT 08

VIA 1 CPF / CNPJ 06655123410

RENAVAM 01113773801 HONDA/CG

ANO FAB. 2017 CAT. TA. 9 9C2KC220

PRÊMIO TA FNS (R\$) DENATRAN *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) ***** SEGURO

PAGAMENTO S COTA ÚNICA

SEGURADORA
CNPJ 09.240.

15520-0918193-

PROTÓCOLO
19 NOV. 2018
AC. JOAO 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 Cirilo da Costa, nº 78,
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



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REMÍGIO

Rua José Leal, 137 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remigio - PB

ESCREVENTES:

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

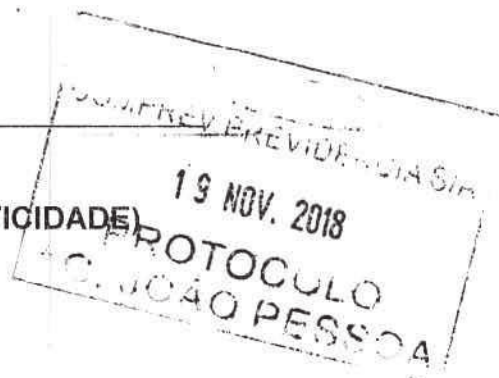
Reconheço com AUTÊNTICA(S) a(s) firma(s) de Gilvando Tavares Ribeiro

Conforme cartão de autógrafa de arquivos neste cartório.

Dou fé Remigio, 23/10/2018, Mércia Maria Serafim dos Santos

"SELO DIGITAL" nº 64483-75841

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tiob.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