



Número: **0800049-49.2019.8.15.0551**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Remígio**

Última distribuição : **31/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GILVANDO TAVARES RIBEIRO (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36579 461	12/11/2020 11:41	Petição	Petição
36579 462	12/11/2020 11:41	2593208_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
36579 464	12/11/2020 11:41	2593208_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



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

Pag. 01943/01944 - carta_01 - INVALIDEZ



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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 Gilvando Tavoras Ribeiro
---------------------------	------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gilvando Tavoras Ribeiro		CPF titular da conta 08356250447		Profissão agente de	
Endereço Rua Comba Circo do Corde		Número 76		Complemento	
Bairro Centro	Cidade Remoio	Estado PB	CEP 58398000		
Email meciobruno@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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome BANCO DO BRASIL NRO 001	
AGÊNCIA NRO. 19 NOV 2018	D/V (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. 2520	D/V (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. 14776	D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 1	D/V (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

Gilvando Tavoras Ribeiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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, 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 BPTTran 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

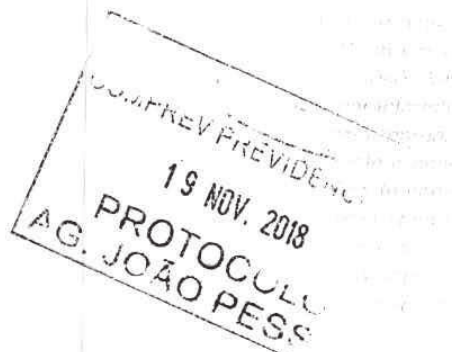
GILVANDO TAVARES RIBEIRO

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

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 interdita 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 <i>Gilvandro Tavares Ribeiro</i>	CPF da Vítima <i>08356250447</i>	Data do Acidente <i>05/08/2018</i>
---	-------------------------------------	---------------------------------------

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. Spandoli, 01 de *Novembro* de 2018
Local e Data

Gilvandro Tavares Ribeiro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



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.

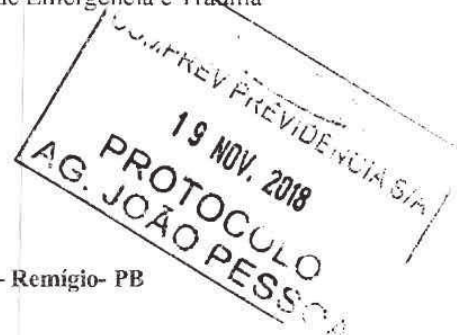
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins que, o **PRONTO ATEMNDIMENTO (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 CRILO DA COSTA, 75 - CENTRO
REMÍGIO / PB CEP: 56980000 (AG. 71)

Emissão: 20/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br 230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: 12 - 73 - 263 - 4300 Nº medidor: 00000148372

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.193/0001-40 Insc. Est. 16.016.823-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 012.681.368
Cód. par Deb. Automático: 0000345655

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

Conta referente a **Set / 2018** Apresentação **20/09/2018** Data prevista da próxima leitura **22/10/2018** CPF/ CNPJ/ RANI **079.069.644-92**
Insc. Est.

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

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
22/08/18	19360	20/09/18	19452	1	58	28
Demonstrativo						
CCI		Descrição		Quantidade		
				Tributos Totais (R\$) ICMS (R\$) ICM3		
				Faz. Conf. (R\$) (0.000000) (2.7164%)		
0601	Consumo em kWh			58,000	0,792400	45,95
0601	Adic. B. Vermelha			4,11	4,11	25
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				1,03	4,11	0,03
0607	CONTRIB. ILM. PÚBLICA			0,00	0,00	0,00
0609	DEBITO COMPENSADO 08/2018			0,00	0,00	0,00

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

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

Histórico de Consumo (kWh)
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
b750 6c89.568c.e3a3.005f.6f6d.1d0c.8502.

Indicadores de Qualidade			
7/2018 - Escorço			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIMENSIONAL	0,00	NOMINAL	
DIMENSIONAL	0,00	CONTRATADA	
DIMENSIONAL	0,00	LIMITE INFERIOR	
DIMENSIONAL	0,00	LIMITE SUPERIOR	

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PE	12,51	20,88
Consumo de Energia	45,95	77,12
Serviços de Transmissão	1,03	1,71
Impostos Federais	0,40	0,67
Impostos Estaduais e Municipais	0,06	0,10
Outros Serviços	0,05	0,08
Total	59,90	100,00

Valor de EVSD (Ref 7/2018): R\$ 1,67

ATENÇÃO
O AVISO Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES (a taxa de juros e a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decorrer do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Reajuste Tarifário - Vigência 28/03/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Bixa Tensão 15,41% Médio
Reajuste Tarifário - Vigência 28/03/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Bixa Tensão 15,75% Médio
- Leitura confirmada.

Faturas em atraso
Jul/18 22,18

PROTÓCOLO
19 NOV. 2018
JOÃO PESSOA

PARAIBA

energisa
Roteiro: 12 - 73 - 263 - 4300
Matrícula: 345655-2018-09-6

VENCIMENTO
27/09/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 59,90

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



TAMARA ANDRADE SOARES
RUA DINAMERICA CORREA, 1026 / LOJA 02 - DINAMERICA
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000 (AG: 401)

Emissão: 24/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Subcl: COMERCIAL / COMERCIAL MONTADA
Roteiro: 14-401-754-1992 Nº medidor: 0009087824

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP: 58423-100
CNPJ: 03.826.556/0001-55 Insc. Est. 16.003.938-1

Nota Fiscal / Centro de Energia Elétrica Nº 001 957 347
Cód. para Dep. Automático: 0002515013

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	088.336.994-42 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/251501-3

Canal de contato

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

Demonstrativo		Valor Base Calc		Adm. Consórcio Base Calc		Preço		Cobrança	
CC	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor Base Calc	Adm. Consórcio Base Calc	Preço	Cobrança	Valor Base Calc	Cobrança
0601	Consumo em kWh	143,000	0,703980	100,66	100,66	25	25,16	100,66	0,74
9901	Adic. B Vermelha	10,09	10,09	25	2,52	10,09	0,97	0,97	0,34
0807	CONTROLE PÚBLICA	15,70	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 128,45 110,75 27,68 110,75 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	45	10	0	45	175	193	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		7/2018 - 25/09/2018	
Unidade da ANEEL	Valor	Limite de Tensão (V)	
DIVISÃO	5,31	0,00	NORMAL
DIC TRIMESTRAL	10,62		
DIC ANUAL	21,25		
FIC TRIMESTRAL	3,36	0,00	CONTRATADA
FIC ANUAL	6,72		LIMITE INFERIOR
DMC	13,45		LIMITE SUPERIOR
DICR	3,93		
	12,22		

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/DO	21,61	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	47,65	37,92
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	126,45	100,00

Valor do EUSO (Ref. 7/2016) R\$ 22,41

ATENÇÃO
- Letura confirmada

Faturas em atraso

REV. PREVIDENCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. 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 Imacis 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 0835625041 47, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gilvando Tavares Ribeiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 0835625041 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 Alus Anua</u>		Número <u>1020</u>	Complemento <u>Lap 02</u>
Bairro <u>Dinamínea</u>	Cidade <u>Compiro Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58400-000</u>
Email <u>imacis.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

Imacis Bruno Sarmiento
Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017



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: QFE-1293/PB
Chassi: 9C2KC2200HR602792
Data do Acidente: 05/08/2018
Local e Data: Remigio PB 29/10/2018

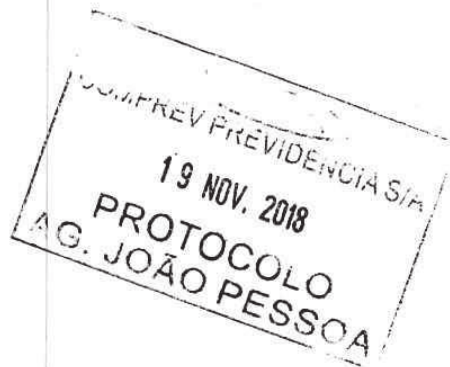
JOSE MARCOS DA SILVA SANTOS
Assinatura do Declarante

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

ABRENTES: ☐ 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" 11064559-R54V
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): GIJUNDO CAVALOS
TRUBA 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 (QUINZO) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 12/08/18

Dr. Reginaldo Fernandes
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Ass. do médico N.º 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

MOD. 060



ATENDIMENTO

Nome do paciente: _____
Data de nascimento: _____
Sexo: _____
Endereço: _____
Cidade: _____
Estado: _____
CPF: _____
RG: _____
Data de atendimento: _____
Assinatura do médico: _____

RECUPERAÇÃO

Assinatura do médico: _____
Assinatura do enfermeiro: _____
Assinatura do fisioterapeuta: _____
Assinatura do nutricionista: _____
Assinatura do psicólogo: _____
Assinatura do assistente social: _____
Assinatura do intérprete: _____
Assinatura do intérprete: _____
Assinatura do intérprete: _____
Assinatura do intérprete: _____

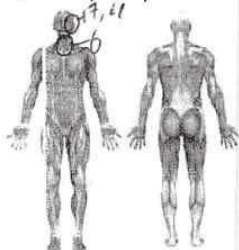


SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

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
Endereço: RUA MANOEL BENTO CAVALCANTE
Cidade: Rio de Janeiro
Nome da Mãe:
Responsável:
Estado Civil:
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico:

OBS FICHA
MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 9. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 10. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 11. Hematoma |
| 4. Contusão | 12. Injurgimento Venoso |
| 5. Crepitação | 13. Laceração |
| 6. Dor | 14. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 15. Luxação |
| 8. Empalramento | 16. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 17. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Enfiamento | 18. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 19. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 20. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 21. Parestia |
| 14. F. Contuso | 22. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 23. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 24. Rincorrágia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 25. Sinais de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 26. |

OBS:

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

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO/MOTO, SEM APROPRIADA UTILIDADE SINAIS DE EMBRAGUES, REFERE DOR NA REGIÃO PERIORBITAL, REGIÃO 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 VIAS AERIAS PERMANECEREM ESTÁBILIS

D. M. D. A. H.

D. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL

D. PUPILAS FOTOREAGENTES/ISOCÓRICAS GLV: 15

E. EDENOS E EDEMA PERIORBITAL (E), FERIMENTO PERFURANTE

PUNTO EM RG MALA ESQUERDA, PUNTO DE BOLA DENTÁRIA

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 DILATAÇÃO / 10 / 10 / 10 / 10

3 Falecimento

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Francisco de Assis

Cirurgião Geral

CRM-PB 1.026

Dr. Danilo Mayer Feitosa
Cirurgião Geral
CRM-PB 7601 CREMEPE 1932

http://10.1.1.148/prjetohtcg/impreurgencia.php?contar=1707396

1/2

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Clydson Farias Ribeiro		
End:	Jardim Bento Barreto 324		Bairro:
Data de Nascimento:	31 anos	Documento de Identificação:	Pernigis
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



HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

map
 of craps: $E_{\text{craps}} = 1/2$
 + profuro.. $\varphi_{\text{profuro}} = 1/2$ + $\varphi_{\text{profuro}} = 1/2$
 of: $\varphi_{\text{profuro}} = 1/2$

புரியுமா? மாதிரியே தயவு.

Daniel De
NEUROCIRUR
GRAD 5609

Vain - 06/08/18 - 09:20
 Patiente avec un extenseur neurologique.
 ECG IS.
 S/ définitif
 CD: Alter du Vain - 06/08/18 - 09:20

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

() Cer. tro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

ss. do paciente ou responsável (quando necessário)

Tomas Catão Monte Raso
Neurociência SE
CRM/SP 7742

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓI IGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADEF

cia.php?contar=1707396

25

BUY F

Sauvages (ultrapassando)
ou seja, colar Mota / Couro
ou seja, clarear o corpo e
+ penetrar no seu furo (E). Os
grupos, mas quando não os
colares de couro e de couro
(E) + Couro de Mota / Couro
de couro e de couro de couro.

Ed. *Opuntia filius*
du KCR non enpen
mis helv BUIF pro
moleg & odore +
opuntia *lunigro*.

Dr. Francisco Airton de Moraes
CIRURGIÃO-B. MAXILO FACIAL
CRO - PB. 1.026

19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: <u>GILVANDU TAVARES RIBEIRO</u>	DN:	PRONT. Nº: <u>1707396</u>
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA:	
ADMISSÃO: <u>05-08-2018</u>	ALTA: <u>12-08-2018</u>	

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

Acidente de moto
Lesão de Face
Fratura ossa em etc.

2. Resultado dos principais exames

Fratura de Mandíbula e Zígoma (E)

3. Evolução e complicações

Não

4. Terapêutica realizada

Anestesia IV
Redução e fixação das fraturas com
placas e parafusos

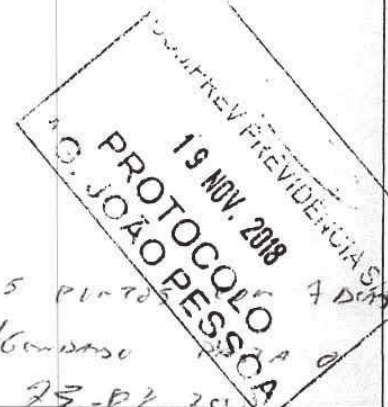
5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Cura

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

- ① Repouso domiciliar
- ② Medicação d.u.
- ③ Orientações

① Retorno 15 dias
② Retorno de 30 dias
DIA 23-08-2018



7. Condições de alta

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

Campina Grande, 12 de 08 de 2018

Dr. Reginaldo Fernandes
Cirurgia de Traumatologia
Cirurgia Maxilo-Facial
Responsável pelo resumo



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

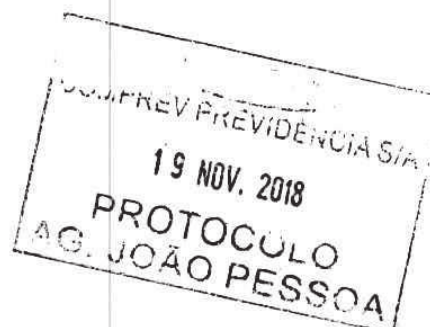
Fx de MANDIBULA

Fx de ZIGOMA E

Paciente	GILVANO TAVARES TRISTAO	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	-------------------------	------------	--	-------	--	----------	--

[illegible]

MOD. 035



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 P. Grande Prontuário: 1404396
Médico: Dr. Josuel Junior Convênio: pus
Procedimento: Plastia Mandibular e Zigoma Código Proc.: _____

Paciente: Liviano Tavares Ribeiro

Data da Cirurgia: 11/08/2018

Hospital: Maunabo Co. - Maunaloa

Prontuário: 1707396

Médico: Dr. David Jiménez

Convênio: 511

Procedimento: *Relatório Mandubik e 2.º grau*

Código Breve:

Controle Cirúrgico

[illegible]

Bevungia feita no Sábado

19 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

Jose R. Caliente Jr.
Cirujano Bucal 3335.3051
364

Verificado por:

Médico:



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		
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	0 ^o Rev.					INDUÇÃO		
LIQUIDOS						Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____		
						Laringo espasmo: _____ Lenta: _____		
						Náuseas: _____ Vômitos: _____		
						Outros: _____		
						MANUTENÇÃO		
CÓDIGOS						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
VP: ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO						Não, por quê? _____		
AX: ANESTESIA: O - OPERAÇÃO						DESPERTAR		
						Reflexos na SO: _____		
						Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____		
						Náuseas: _____ Vômitos: _____		
						Outros: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						Com cânula: _____		
						Pelo Leito Sim _____ Não _____		
						CONDIÇÕES: _____		
POSIÇÃO						19 NOV 2018		
AGENTES						PROTOCOLO		
TÉCNICA						AC. JOÃO		
OPERAÇÃO						CÂNULAS		
CIRURGIÕES								
ANESTESISTAS								
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:41:23

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111211412365200000034919895

Número do documento: 20111211412365200000034919895

Num. 36579462 - Pág. 20

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE


HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONÇALVES FERNANDES

FOLHA DE ANESTESIA

DATA: 12/11/2020	HORA: 11:41	PROCEDIMENTO: CURETOMIA	LOCAL: OBSTETRICIA	ANESTESISTA: SUELIO MOREIRA TORRES
DOENÇA: GRAVIDEZ DE 32 SEMANAS	DIAGNÓSTICO: HEMORRAGIA	TIPO DE ANESTESIA: GERAL	PREPARO: PREPARO GERAL	PRELIMINAR: PRELIMINAR
INDICAÇÃO: GRAVIDEZ DE 32 SEMANAS	CONTRA-INDICAÇÃO: CONTRA-INDICAÇÃO	COMPLICAÇÃO: COMPLICAÇÃO	RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS: RELACAO DE MEDICAMENTOS	RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS: RELACAO DE EQUIPAMENTOS
RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS: RELACAO DE EQUIPAMENTOS	RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS: RELACAO DE EQUIPAMENTOS	RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS: RELACAO DE EQUIPAMENTOS	RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS: RELACAO DE EQUIPAMENTOS	RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS: RELACAO DE EQUIPAMENTOS

<p>INFORMAÇÕES:</p> <p>Nome: SUELIO MOREIRA TORRES</p> <p>CPF: 000.000.000-00</p> <p>Endereço: Rua 123, 456 - Jd. Primavera</p> <p>Telefone: (11) 1234-5678</p> <p>Assinatura: SUELIO MOREIRA TORRES</p>	<p>Gráfico de Anestesia</p> <p>Tempo de Anestesia: 120 minutos</p> <p>Consumo de O2: 120 litros</p> <p>Consumo de N2O: 120 litros</p> <p>Consumo de SVO: 120 litros</p> <p>Consumo de SVO2: 120 litros</p> <p>Consumo de SVO3: 120 litros</p> <p>Consumo de SVO4: 120 litros</p> <p>Consumo de SVO5: 120 litros</p> <p>Consumo de SVO6: 120 litros</p> <p>Consumo de SVO7: 120 litros</p> <p>Consumo de SVO8: 120 litros</p> <p>Consumo de SVO9: 120 litros</p> <p>Consumo de SVO10: 120 litros</p>
--	---

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Gilberto Tavares Ribeiro DN: 22/09/1987						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
		SUS	30	1704396		
CIRURGIA: Cateterismo cirúrgico e de drenagem da fístula de mandíbula e zigomaxila		CIRURGIÃO: Dr. Manoel Junior				
ANESTESIA: geral		ANESTESIA: Dr. Wanderley				
INSTRUMENTADORA		DATA: 11/08/18	INÍCIO: 13:40	FIM: 16:00		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	10		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		01	Catgut Simples Sertix Y101	
	Fenegam amp.			Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml 3ml			Cera p/ osso	
	Inova ml			Ethibond	
	Ketalar ml			Ethibond	
	Mercaína % ml			Ethibond	
	Nubain amp. 100ml 50mg			Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	50cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m			Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	06		Fila cardíaca	
01	Rapifen amp. 100mg 10ml		02	Mononylon nº 3-0	
	Thionembul ml		02	Mononylon nº 4-0	
	Tracrium amp.			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES			Prolene Sertix	
02	Água Destilada amp.			Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	01		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	02		Prolene Sertix	
01	Flaxidol amp. nauseadron	02		Vicryl Sertix nº 3-0	
	Flebocortid amp.	01		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.			Vicryl Sertix	
	Glicose amp.				
	Glucon de Cálcio amp.				
	Haemacel ml.				
	Heparema ml.				
	Kanaktion amp.	0.5			
	Lasix amp.	0.5			
	Medrothinazol.	02			
	Plasil amp.	03			
	Prolamina	02			
	Revivan amp.				
	Stuptanon amp.				
02	Cefazolina 1g cefazolin	01			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
	Agulha desc. 25 x 7	01			
03	Agulha desc. 28 x 28 40 x 12	02			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05			
	Agulha p/ raque nº	03			
0.5	Álcool de Enfermagem	0.5			
	Álcool Iodado ml	0.5			
	Ataduras de Crepon	01			
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Calel. p/ Órg.		Catgut cromado Sertix
	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Compressa Pequena		Catgut Simples
	Cotonóide		Catgut Simples Sertix
	Dreno	01	Catgut Simples Sertix Y101
	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca
	H ₂ O ₂ ml	02	Mononylon nº 3-0
	Intracath Adulto	02	Mononylon nº 4-0
	Intracath Infantil		Prolene Sertix
	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
	Luvas 7.0	02	Vicryl Sertix nº 3-0
	Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Luvas 8.5		
	Oxigênio l/m 3l/min		
	Poliflix		
	PVPI Degemante ml		
	PVPI Tópico ml.		
Qtd.	Sabão Antisséptico		SOROS
	Saco coletor		SG Normotérmico fr 500 ml
	Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml
	Seringa desc. 20 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Seringa desc. 05 ml	03	SG Ringr fr 500 ml
	Sonda		SG fr 500 ml
	Sonda folley	Qtd.	ORTES E PRÓTESE
	Sonda Nasogátrica	01	placa el 6 duras el extimor 2.0
	Sonda Uretral nº 14	07	parafusos nº 8 ex 2.0
	Sterydrem ml	02	placa el 4 duras ex 2.0
	Torneirinha	01	placa el 2 duras ex 2.0
	Tubo endotraqueal	06	parafusos nº 6 ex 2.0
	axamedo nº 7.0		

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL: **Glacinei dos Santos**
 Técnica de Enfermagem
 20147

MOD 066

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Data da Operação	11/08/18	Enf.	Leito
Operador	Josuel Júnior	1º Auxiliar	
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Wanderley	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório		Geral	
Fratura de mandíbula e zigoma esquerdo			
Tipo de Operação			
Redução aberta mais fixação com miniplacas.			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O mesmo.			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
não houve			
Acidente Durante a Operação			
não houve.			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1. Acesso extra-bucal
2. Incisão lineal
3. Visualização dos planos
4. Exposição da fratura
5. Redução aberta + fixação com miniplacas e parafusos
6. Sutura por planos
7. Curativo compressivo.

Josuel R. Cavalcante Jr.
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRO 3164

19 NOV. 2018
PROTOCOLO
DO JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

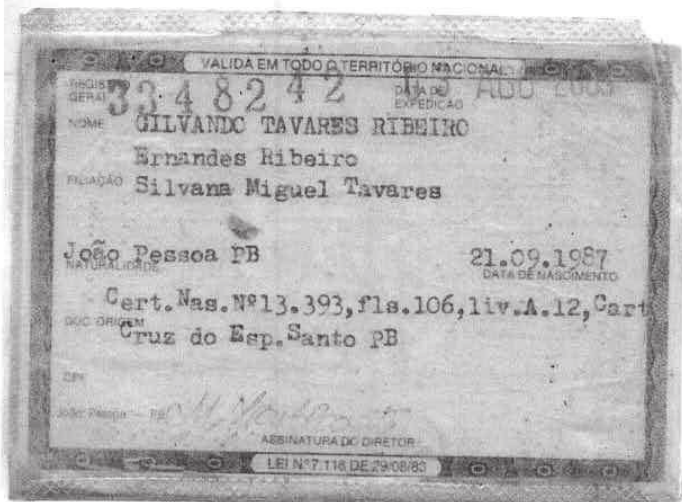
Ex. de mandibula (corpo)
Ex. de zigoma (E)

Paciente	<i>Celso Antonio Tavares Ribeiro</i>	Alojamento	<i>Neurologia</i>	Leito	<i>7-2</i>	Convênio	
----------	--------------------------------------	------------	-------------------	-------	------------	----------	--

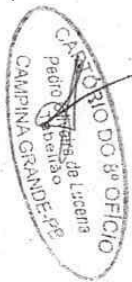
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/08/17	1- Dieta Pastosa 2- Medicamento 3- Fluorid 30mg + 10 ml AD E.V. 12/12/16 4- Difenidramina 1g (FAAD) E.V. 06/08/17 (SIV) 5- SSVV + CCGL	08 06 09 06	#3MF-RI 5º DJH Tumor em crescimento em 36h e diminuição de abertura bucal. sem calmaria por anal. (D: aguardando oportunidade para fazer.
	Dr. Reginaldo Fernandes Cirurgião e Traumatologista Buro Maxilo-Facial Residente - CRO-PE 2016		José Rômulo dos Santos Residência em Traumatologia CRO-PE 2016

MOD. 03





SELO DIGITAL: AF144766-7036
Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6035
CNPJ: 09.365.745/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande **200617**

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.966/94)

ASSINATURA DO PORTADOR
André Bruno Sarmiento

CAB

OBSERVAÇÕES

PAULO ANTONIO MATEUS E SILVA
PRESIDENTE

21/11/2017
DATA DE NASCIMENTO

02
VIA

23/03/2017
EXPIRAÇÃO EM

038.781.814-08
CPF

OLHO D'ÁGUA-PB

2131933 - SSP/PB

FRANCISCO BRUNO E SILVA
MÁRIA AUXILIADORA SARMENTO

INACIO BRUNO SARMENTO

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADOGADO

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

21472

PROT. PREVIDENCIA SIA
19 NOV. 2018
PROT. COLO
AC. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 1 Cód. RENAVAM 0111377380-1 R.N.T.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 2ª 3ª
FAIXA I.R.V.A. ***** PARCELAMENTO / COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO PRÊMIO TOTAL (R\$) P A G O DATA DE PAGAMENTO 13/03/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

REMIGIC-PB LOCAL 33375 DATA 14/03/2019

33375

15520

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS. P
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 9C2KC2200

PRÊMIO TA
FNS (R\$) ***** DENATRAN *****

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

PAGAMENTO S COTA ÚNICA PAF

SEGURADORA

CNPJ 08.248.1

15520-0918193-

PROTÓCOLO
19 NOV. 2018
AC. JOAO PESSOA



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 Cívico 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

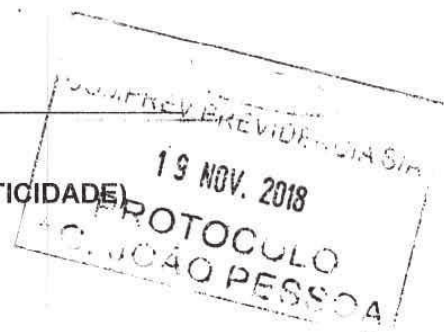
Reconheço com **AUTÊNTICA(S)** a(s) firma(s) de Gilvando Tavares Ribeiro

Conforme cartão de autógrafa de arquivos neste cartório, Mércia Maria Serafim dos Santos

Dou fé Remigio, 23/10/2018

ELO DIGITAL Nº 064483-75

sulte a autenticidade em <https://selodigital.tioh.jus.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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

INACIO BRUNO SARMENTO

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE REMÍGIO/PB

Processo: 08000494920198150551

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

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
REMÍGIO, 10 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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

