



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
<b>GILVANDO TAVARES RIBEIRO (AUTOR)</b>	<b>INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36579 461	12/11/2020 11:41	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
36579 462	12/11/2020 11:41	<a href="#"><u>2593208_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
36579 464	12/11/2020 11:41	<a href="#"><u>2593208_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:41:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201112111412346800000034919894>  
Número do documento: 201112111412346800000034919894

Num. 36579461 - Pág. 1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180542691      **Cidade:** Remígio  
**Vítima:** GILVANDO TAVARES RIBEIRO      **Data do acidente:** 05/08/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>





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	Nome completo da vítima
	08356250447	Gilvando Tavares Ribeiro

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Gilvando Tavares Ribeiro	08356250447	operador
Endereço	Número	Complemento
Rua Combs Cirh ob 2026	76	
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Remojo	PB
Email	Telefone (DDD)	
meciofrunso@outlook.com	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"/> REUSO 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 checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO DO BRASIL 001	
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
19	19 NOV 2018	2520	14776
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(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. Gilvando Tavares Ribeiro, 01 de Novembro de 2018.

Local e Data

Gilvando Tavares 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 N° 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 N° 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 N° 3.348.242, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 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

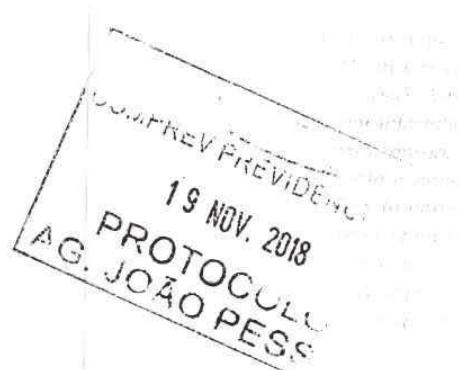
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

Gilvando Tavares Ribeiro

GILVANDO TAVARES RIBEIRO

Declarante





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 Giovanni Tavares Almeida	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. Gouvêa, 01 de Novembro de 2018  
Local e Data

Giovanni Tavares Almeida  
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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:41:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201112111412365200000034919895>  
Número do documento: 201112111412365200000034919895

Num. 36579462 - Pág. 6



ESTADO DA PARAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

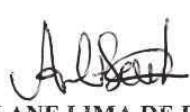
PRONTO ATENDIMENTO

Rua: Dr. Luiz Bronzeado s/n – Centro, Remígio.

Remígio 18/10/2018.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins que, o **PRONTO ATENDIMENTO (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

19 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



GERLANE MARIA DA SILVA SANTOS  
RUA CAMILO CIRILO DA COSTA, 78 - CENTRO  
REMÍGIO / PB CEP 56399000 (AG 71)

Emissão: 20/09/2018 Referência: Set / 2018

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-660  
Rotero, 12 - 73 - 263 - 4300 N° medidor: 00000146372 CNPJ 09.095.193/0001-40 Insc. Est. 16.015.822.0

Note Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 012.691.309  
Cód. para DB. Automática: 000034555555

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	079.069.644-92 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/345655-5

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
22/08/18 19360	20/09/18 13432	1	58	28
<b>Demonstrativo</b>				
Quantidade: 13432 - Base: Ceb. A-12 - Giro(R\$) - Base: Ceb. P-12 - Cofre(R\$) Total(R\$), CMS(R\$), ICMS, Fis(Cofre(R\$)) (0,0069%) (2,7164%)				
0601 Consumo em kWh 0601 Adic. B. Vermelha 0607 CONTRIBUIC. PÚBLICA 0699 DEBITO COMPENSADO 09/2018				
58.000,0782400 45,85 45,85 25 11,49 45,85 0,37 1,71 4,11 4,11 25 1,03 4,11 0,03 0,16 8,28 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 3,55 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00				

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 59,90 50,06 12,51 50,06 0,40 1,96

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

Histórico de Consumo (kWh)  
49 | 53 | 60 | 76 | 74 | 94 | 78 | 99 | 52 | 7 | 35 | 54  
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 6c69.568c.e3a3.005f.6f6d.1d0c.8502.

Indicadores de Qualidade

Limits da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DC/MENSAL	15,21	0,02
DC/TRIMESTRAL	15,94	NOMINAL
DC/ANUAL	25	220
FIC/MENSAL	0,42	0,00
FIC/TRIMESTRAL	8,85	CONTRATADA
FIC/ANUAL	13,70	LIMITE INFERIOR
DMC	3,71	LIMITE SUPERIOR
DIORI	11,22	0,02

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Benefícios de Dist. das Energias (PB)	11,52	19,03
Imposto de Energia	19,289	32,16%
SENVAT de Transmissão	11,769	19,68%
Entrega de Serviços e Encargos	5,713	9,84%
Outros Serviços	13,098	22,06%
Total	59,90	100,00

Valor do IUSD (Ref 7/2018) R\$2,67

AVISO: Faltando menos de 10 dias para o vencimento da fatura, a cobrança da multa de 90 (noventa) dias, contada a partir da data de vencimento da fatura vencida e não paga.  
Reajuste Tarifário - Vigência 28/09/18-Pes. ANEEL nº 2439-Baixa Tensão 15,41% Médio  
Reajuste Tarifário - Vigência 28/09/18-Pes. ANEEL nº 2439-Alta Tensão 15,75% Médio  
Lata confirmada

Faturas em atraso:  
Jul/18 22,18

RECEBIDO PREVIDENCIAS /  
19 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
NOTA PESSOAL  
24

PARAIBA

energisa  
Rotero, 12-73 - 263 - 4300  
Matrícula 345655-2018-09-6

VENCIMENTO 27/09/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 59,90  
83660000000-1 59900054000-6 03456552018-5 09600073019-0



TAMARA ANDRADE SOARES  
RUA DINAMERICA CORREA, 1026 / LOJA 02 - DINAMERICA  
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400080 (AG. 401)

Emissão: 24/09/2018 Referência: Set/2018  
Classe/Subcl: COMERCIAL/COMERCIAL MOP/PAIS/653-Alz-Sudeste-Triângulo-Campina Grande/PB-CEP 58423-700  
Rotação: 14-401-754-1992 NP medidor: 00000007924



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 03.825.595/0001-95 Insc Est. 16.003.338-700

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica: P/001.957.347  
Cód. para Débito Automático: 00002515013

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023.0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
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 Léitura	Data Léitura			
24/09/18 1345 24/09/18 1468 1 143 31				
<b>Desmobilizativo</b>				
CCI Descr/99	Quantidade Tarifa	Válor Base(Cál. Abat. Icms/ICMS) ICMSS/ICMS	Válor Cálculo(PdR) ICMSS/ICMS	Cálculo(R)
0801 Consumo em kWh	143.000 0,703960	100,68 100,68 25	25,16 100,68 0,74	3,62
9501 Adic. B Vermelha		10,09 10,09 25	2,52 10,09 0,97	0,34
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0207 CONTRIBUÍL PÚBLICA		15,70 8,00 0	0,00 0,00 0,00	0,30
TOTAL				
126,45 110,75 27,82 110,75 0,81 3,76				

CCI: Código de Classificação do item TOTAL 126,45 110,75 27,82 110,75 0,81 3,76  
Média últimos meses (kWh) 75 VENCIMENTO 16/10/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 126,45

Histórico de Consumo (kWh)																			
15	0	1	48	1	10	1	43	1	179	1	133	1	127	1	120	1	97	1	129
Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Agosto/18								

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

Indicadores de Qualidade		Composição do Consumo	
Unidades de ANTES	Unidades de DEPOIS	Límite de Janelas (M)	
DIANUAL	5,31 0,00	NOMINAL	220
DIC-TRIMESTRAL	10,62		
DIQUADR	21,25		
FIOMENSAL	3,36 0,00	CONTRATADA	
FIOT-TRIMESTRAL	6,71	LIMITE INFERIOR	202
FIQUADR	12,42	LIMITE SUPERIOR	231
DMIC	3,03 0,00		
DICR	12,22		
Total		126,45	100,00
Valor de Euro (Ref. 7/2016) R\$22,41			

### ATENÇÃO

- Leitura confirmada

faturas em atraso

19 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
N.C. JOÃO PESSOA

BORBOREMA  
energisa  
Rodovia: 14 - 401 - 754 - 1892  
Matrícula: 251501-2018-09-4  
83640000001-1 26450147000-1 02515012018-3 09400401019-8

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



## 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Moacir Bruno Serrante 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 Invalidiz 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 Lider-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	Número	Complemento	
<u>Rua Dinamitea Alves Contra</u>		<u>102</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Dinamitea</u>	<u>Comprido Grande</u>	<u>PB</u>	<u>58400-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>moacir.bruno.adv@gmail.com</u>	<u>8333341289</u>	<u>83999885048</u>	

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

Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Marcos da Silva Santos,  
RG nº 30, data de expedição 31/107/2002  
Órgão SSP PB, portador do CPF nº 06655123410, com  
domicílio na cidade de Remígio, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Patrício Valentim monteiro, nº \_\_\_\_\_,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado 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 ESD1

Ano: 2017

Placa: QPE-12931PB

Chassi: 9C2KC2200HR602792

Data do Acidente: 05/08/2018

Local e Data: Remígio PB 29/10/2018

José 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 - Remígio - PB

- ESPORES/VENTES:  Maria do Socorro Barbosa Fernandes  
 Mércia Maria Serafim dos Santos  
 Maria Selma da Silva

Reconhem com AUTÉNTICA(S)-el(s) firma(s) de José Marcos da Silva Santos

Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste cartório.  
Dou fé Remígio, 29/10/2018 M. Serafim dos Santos

"SELO DIGITAL" 4T064559-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 FINOS QUE O (A) SR. (A): Gizelmao Ribeiro

Ribeiro 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 À 12/08/2018 NECESSITANDO DE  
15 (quinze) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 12/08/18

Dr. Reginaldo Fernandes  
Cirurgia e Traumatologia  
Buco-Maxilo-Facial  
Ass. do médico - Nº do CRM  
Residente

AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o  
Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do paciente ou responsável

MOD. 060

19 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





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

ATENDIMENTO URGÊNCIA 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: 58032-809 Data: 05/08/2018  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Patr cia Maria Goncalves

PACIENTE: GILVANDO TAVARES CEP:58398000 Nascimento:21/09/1987

RIBEIRO Endereço: RUA MANOEL BENTO CAVALCANTE Sexo:M telefone:

Cidade: Remígio Idade:030 bairro:CENTRO

Nome da Mãe: RG: 416324

Responsável: CPF: Profissão:

Estado Civil: Data de Atend:05/08/2018 CNS:2656666

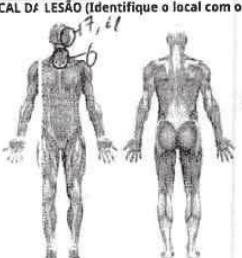
Motivo: AI IDENTE DE MOTO CONVÉNIO:SUS

Médico: Hora: 21:07:39 Especialidade:

CRM:

OBS FICHAS 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. Ingurgitamento Venoso        |
| 5. Crepitação            | 13. Lacerção                     |
| 6. Dor                   | 14. Lesão tendinária             |
| 7. Edema                 | 15. Luxação                      |
| 8. Empalhamento          | 16. Mordedura                    |
| 9. Enfisema subcutâneo   | 17. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Engavetamento        | 18. Objeto Encravado             |
| 11. Equimose             | 19. Otorragia                    |
| 12. F. Arma branca       | 20. Paralisia                    |
| 13. F. Arma de fogo      | 21. Parésia                      |
| 14. F. Cortiço           | 22. Paresthesia                  |
| 15. F. Cortante          | 23. Quemadura                    |
| 16. F. Corte-contuso     | 24. Rincragia                    |
| 17. F. Perfuro-contuso   | 25. Síncope de Isquemia          |
| 18. F. Perfuro-cortante. | 26.                              |

OBS:

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

DIGNOSTICO / CID: POLITRAUMA

<http://10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1707396>

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SAMU APRESENTA VINTIDOS SINAIS DE EMBRIGADES, REFERE DOR NA REGIÃO PERIORBITAL, REGIÃO FACIAL ESQUERDA, CERVICAL.

TOMOGRAFIA  
REALIZADA EM:

05/08/18

ULTRASSONOGRAFIA  
Realizada em:  
05/08/18 2018

ALERGIA: NEGA (PREJUDICADO)

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotoreagentes ( ) Isocônicas ( ) Anisocôricas ( )

Glasgow 15 PA 130/90 HGT:

A VIAS AERAS PERMISAS / ESTABILIDADE CERVICAL

B. MVI 0. AH 1

C. HEMODRAGIA MUYAMENTE ESTÁTICA

D. PUPILAS FOTOREAGENTES / ISOCÔNICAS GL. 15

E. EDUCAÇÃO E EDEMA DE PERIORBITAL ( ), FEGAMENTO PERFURADO

PONTAS EM RE. MALA RESUSCITA. PENA DE BLO. DENTARIOS

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Gasometria arterial

( ) Radiografias:

( ) Tomografia Com putadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PRECER MÉDICO:

Especialista: NCR, DMF

às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1. SRL 1000 ml / IV

2. DIAPROVA 1G / AD / IV 7/8/18

3. Fálico 20 g / OC 8/8/18

4.

5.

6.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Francisco Gómez de Mello

CIRURGIÃO PLÁSTICO FACIAL

CRM-PB. 1.026

REALIZADO EM

05/08/18

Dr. Danilo Mayer Feitosa  
CIRURGIÃO GERAL  
CRM-PB 7609/CREMPE 1932

1/2

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:	Edvaldo Faúzes Oliveira		
End:	Flávio Bento bairro: 354		
Data de Nascimento:	31 anos	Documento de Identificação:	Pernigui
Queixa:	Acidente		
Data do Atend.:	05.08.18	Hora:	20:55
Acidente de trabalho?	( <input type="checkbox"/> ) Sim	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	( <input type="checkbox"/> ) Bom	( <input type="checkbox"/> ) Regular	( <input type="checkbox"/> ) Baixo	Aspecto:	( <input type="checkbox"/> ) Calmo	( <input type="checkbox"/> ) Fáceis de dor	( <input type="checkbox"/> ) Gemente
Frequência respiratória:				Frequência cardíaca:			
Pressão arterial:				Temperatura axilar:			
Dosagem de HGT:				Mucosas:	( <input type="checkbox"/> ) Normocorada	( <input type="checkbox"/> ) Pálida	
Deambulação:	( <input type="checkbox"/> ) Livre	( <input type="checkbox"/> ) Cadeira de rodas	( <input type="checkbox"/> ) Maca				

Estratificação

MOD. 110

- Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas
- Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

Jos Assinatura e carimbo do profissional



05/08/2018

HTCG-Painel Administrativo

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

May  
 exbrugos  
 cf cráneo: surt. leito aquoso,  
 profundo. epânf. & t. f. ossificante.  
 qd: obs. vermelho profundo.

Daniel Dea  
 NEUROCHIRURGO  
 CRM: 36722

Nain - 06/08/18 - 09:20  
 Paciente edentário estendeu neurologiam.

ECG IS.

S/ definir

CD: Alter da Nain

DESTÍFIO DO PACIENTE \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs.

Tomas Carlos Monte Raso  
 Neurocirurgião  
 CRM/B 77-2

## SERVIÇOS REALIZADOS:

- Centro cirúrgico \_\_\_\_\_  
 Internação (setor) \_\_\_\_\_  
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_  
 ss. do paciente ou responsável (quando necessário)

Vta hospitalar /  A revélia  
 Decisão Médica  
 Jóbito

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Jr. Francisco Alinton de Moraes  
 CIRURGIANO MAXILOFACIAL  
 CRM - PB. 1.026

BMF. Sobreto subperiosteal  
 ouverte coluna vertebral. Comissão  
 de clara classe óssea edentária  
 e hematomas na base fratura. Os  
 dentes friso óssea massa os  
 dentes de complexo gengival  
 e o corpo da mandíbula  
 da ferida de elevada densidade.  
 Est. Operação fechada  
 da NCR houve enquadra-  
 miento pelo BMF pro-  
 tecendo os ossos +  
 os dentes temporários.

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201112111412365200000034919895

2/2



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

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201112111412365200000034919895

Número do documento: 201112111412365200000034919895

Num. 36579462 - Pág. 16

**RESUMO DE ALTA**  
**( REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA )**

NOME: Gilvando Tavares Ribeiro	DN:	PRONT. N°: 1707 396
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA:	
ADMISSÃO: 05-08-2018	ALTA: 12-08-2018	

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

Acidente de moto  
Lesão de Face  
Fratura ossos da face.

2. Resultado dos principais exames

Fratura de mandíbula e zigoma (E)

3. Evolução e complicações

N.DW

4. Terapêutica realizada

Anestesia IV  
Resus - Extração das Fraturas  
Placas e Parafusos

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

O maxilar

19 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA  
DIA 25-02-2019

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

- Recuperação domiciliar
- Prescrição de D.
- Ortoprotésis

O paciente (5 pontos)   
(E) Recuperação domiciliar  
DIA 25-02-2019

7. Condições de alta

- Curado       A pedido       Óbito       Melhorado       Inalterado
- Transferido para: \_\_\_\_\_

Campina Grande, 11 de 08 de 2018

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





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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

## **Diagnóstico**

Ex at mandibula

FA or ZIGOMA 6

MOD. 035

PREVIDÊNCIA S.A.  
19 NOV. 2018  
PROTÓCULO  
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: Giovana Tavares Ribeiro Data da Cirurgia: 11/08/2018  
Hospital: Hospital de Trauma do Grande Prontuário: J404396  
Médico: Dr. José Luiz Góes Convênio: JUS  
Procedimento: Fratura Mandibular e Zygoma Código Proc.: \_\_\_\_\_

## Controle Cirúrgico

Verificado por: Jesica Chabanelas Circulante: Alicia

- 145 -

~~JOSUA R. CARPENTER JR.~~  
~~1000 Michavath St. 3335.3058~~



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME				IDADE	SEXO	COR	
DATA <i>11-08-18</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS			
	URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE			
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA				
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO			
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO			
AGENTES ANESTÉSICOS <i>o ferro.</i>						INDUÇÃO			
LÍQUIDOS						Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____	
						Laringo espasmo: _____	Lenta: _____		
						Náuseas: _____	Vômitos: _____		
						Outros: _____			
						MANUTENÇÃO			
CÓDIGOS VF ARTERIAL: 0 - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: 0 - OPERAÇÃO						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____			
POSição						DESPERTAR			
AGENTES						Reflexos na SO: _____			
TÉCNICA						Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excit.: _____			
OPERAÇÃO						Náuseas: _____ Vômitos: _____			
CIRURGIÕES						Outros: _____			
ANESTESISTAS						<i>REVISADO</i> 19 NOV. 2018 Com canula: <i>JOÃO</i> Ponto Leito Sim _____ Não _____	CONDIÇÕES:		
OBSERVAÇÕES									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGUÍNEA			

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



## **NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL**

Glacinei dos Santos  
Técnica de Enfermagem  
-20147

Técnica de Entrevista - 2014

MOD 066



Nome do Paciente		Nº Prontuário
Data da Operação	11/08/18	Enf.
Operador	Josuel Júnior	Leito
2º Auxiliar		1º Auxiliar
	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Wanderley	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório		
Fratura de mandíbula e zigoma esquerdo		
Tipo de Operação		
Redução cruenta mais fixação com mini placas.		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Dímesma.		
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. Incisões lineares
3. Divisão dos planos
4. Exposição da fratura
5. Redução cruenta + fixação com mini placas e parafusos
6. Sutura por planos
7. Curativo compressivo.

Josuel R. Carvalho Jr.  
Cirurgião Bucal / Maxilo Facial  
CRO 3964

19 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA  
INSTITUTO PREVIDÊNCIA SIA

Mod 018

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

## **Diagnóstico**

Paciente	Giovane Favaro Ribeiro	Alojamento	Micromax Leito	7-2	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica	
10/08/18	1- Ditta pastosa 2- Ulro tópico 3- Tilital 20mg +10ml AD E.V. 12/12/2018 4- Dipirona 10g (PA+AD) EV 06/10/2018 (SIN) 5- SSVU+CCG	ce ce ce	13:06 09:00	#3MF RL 5º DJH	Facette evolução em BES er demissão de abertura bucal. sem edema em face.
	Josévaldo Fernandes Residente - Cirurgião Dentista			ce - evolução e oportunidade com jate.	
⑥	Ditta zero à parte os 22:00hs				
	Dr. Reginaldo Fernandes Cirurgião e Traumatologista Bucal-Maxilo-Facial Residente - CRO-PE 3616				

MDD-015

CIA UNIPREV PREVIDÊNCIA S/A  
19 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
4 G. JOÃO PESSOA





**SECRETARIA DE SAÚDE** *Autarquia 30,45*  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Giovanni Torres Alvaro

ok

64

## **Diagnóstico**

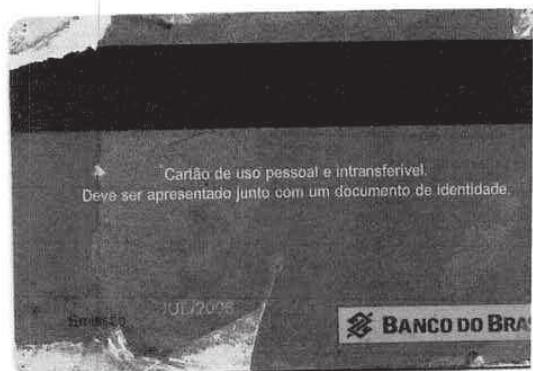
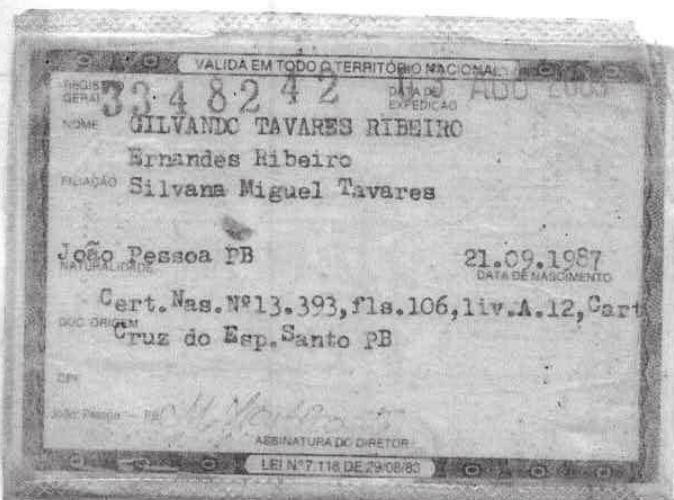
Fest. Monoblock (Corpo).  
Zugseile (6).

Paciente	Gilsonito Tavares Relevo	Alojamento	<input checked="" type="checkbox"/> Leito	<input type="checkbox"/> Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica
06/08/18	Q Diclid 500 mg / Portaria 1) S.I.F. 20 g/l. 1000 ml ou 250/250ml 2) Filatol 20 mg ou 12/12h 3) Secundoss 400 mg ou 8/8 h 3) Diflunisal 200 mg ou 600h S/P 10/18 55 UV FCC 50	10 12 12 12 12	20 24 20 20 20	BURP. Paciente evoluindo se procedente de bato relacionado a edema - muito de humor (ex: os olhos que acreditava que eram de problema de fígado e marcado.
				pt. Interno: óculos e espelho que operou + exames de rotina marcado.
				Dr. FRANCISCO ALBINO DE MORAIS CIRURGIA DO MAXILÓ FACIAL CBO: 98-1.026

MOD. 035

MOD. 035





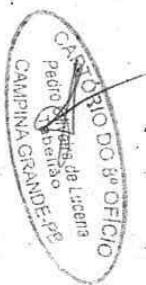
CONFREV PREVIDÊNCIAS  
19 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
C. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:41:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201112111412365200000034919895>  
Número do documento: 201112111412365200000034919895

Num. 36579462 - Pág. 26

SELO DIGITAL: AP144766-TDJS  
Consulte a autenticidade em <https://seletedigital.tjpb.jus.br>



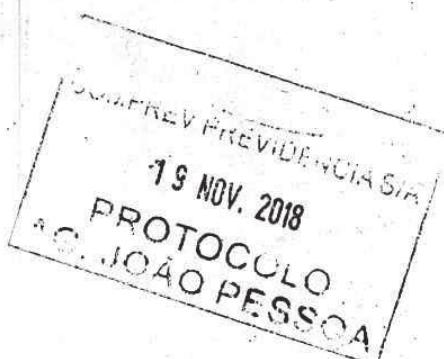
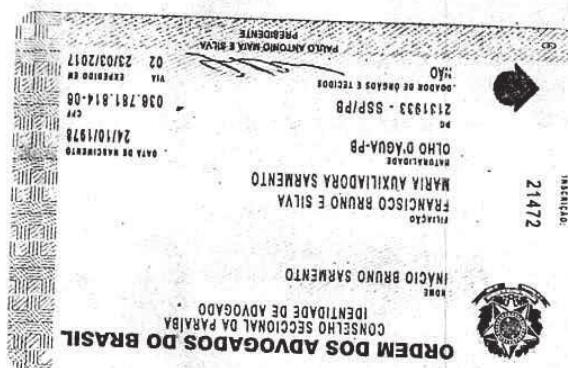
CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Marquês do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6035

CNPJ: 09.365.845/0001-76  
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

Tabellão  
Certifico e vou fôr que a presente cópia fotostática  
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido  
Campina Grande 28/06/17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena  
Tabellão

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:41:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201112111412365200000034919895>  
Número do documento: 201112111412365200000034919895

Num. 36579462 - Pág. 27



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO  
PRF 20180500001422-0

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.C.	EXERCÍCIO
1	0111377380-1	00/00000000	2018
NOME JOSE MARCOS DA SILVA SANTOS			
CPF / CNPJ 06655123410		PLACA QFE1293/PB	
PLACA ANT / UF NOVO PB		CHASSI 9C2KC2200HR602752	
ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLE / NAO APLIC		COMBUSTÍVEL ALCO / GASOL	
MARA / MODELO HONDA / CG 160 FAN ESDI		ANO FAB.	ANO MOD.
CAP / POT / CIL 2 P/162 / CI		2017	2017
CATEGORIA PARTIC		COR PREDOMINANTE VERMELHA	
COTA ÚNICA *****		VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000	VEINC / COTAS 1 <sup>a</sup>
FAIXA IPVA. *****		PARCELAMENTO / COTAS 0	
2 <sup>a</sup>		3 <sup>a</sup>	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) *****		IOF (R\$) SEGUR	PRÉMIO TOTAL (R\$) PAGO 13/03/2018
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
REMIGIC-PB LOCAL 33375		DATA 14/03/2019	
		15520	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS P/ AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE TRANSPORTADAS OU

PB Nº 013929186798

ESTE É O SEU BILHETE PARA MAIS INFORMAÇÕES CONDIÇÕES GERAIS  
[www.seguradorasac.com.br](http://www.seguradorasac.com.br)

VIA	CPF / CNPJ 1 06655123410
RENAVAM 01113773801	HONDA / CG
ANO FAB. 2017	CAT. TAN. 9
9C2KC220	PRÉMIO TA
FNS (R\$) *****	DENATRAN *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF / R\$ SEGUE
FAGAMENTO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PAR

**SEGURADORA**  
CNPJ 09.246.

15520-0918193-

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180542691      **Cidade:** Remígio  
**Vítima:** GILVANDO TAVARES RIBEIRO      **Data do acidente:** 05/08/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

### 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 sóteiro, profissão auxiliar de serviços, inscrito  
no CPF de nº 083 15621504147, e no RG de nº 3348242, residente  
e Domiciliado a Rua: Camilo Cílio da Costa, nº 78,  
Bairro Centro, na Cidade de Remígio,  
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



**CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REMÍGIO**  
Rua José Leal, 137 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remígio - 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 autógrafo de arquivos neste cartório. Mércia M. Serafim dos Santos  
Dou fé Remígio. 23/10/2018 Mercia M. Serafim dos Santos

ELO DIGITAL, ATO 64483-75324  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tinb.iuv.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](http://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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:41:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201112111412365200000034919895>  
Número do documento: 201112111412365200000034919895

Num. 36579462 - Pág. 31



**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.<sup>a</sup>, 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:41:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201112111412409700000034919897>  
Número do documento: 201112111412409700000034919897

Num. 36579464 - Pág. 1