



Número: **0848306-23.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>RENNAN SABINO DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>Rosangelo Xavier do Nascimento (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO SEGUROS S/A (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
37422 280	03/12/2020 11:56	<a href="#"><u>Petição</u></a>
37422 282	03/12/2020 11:56	<a href="#"><u>2650046_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>
37422 286	03/12/2020 11:56	<a href="#"><u>2650046_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:56:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311561492300000035706662>  
Número do documento: 20120311561492300000035706662

Num. 37422280 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190405143 Vítima: RENNAN SABINO DA SILVA

Data do Acidente: 11/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a). RENNAN SABINO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14506445



230 00683/00684 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:56:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012031156151760000035706664>  
Número do documento: 2012031156151760000035706664

Núm. 37422282 - Pág. 1



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

**Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:**  **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)**  **INVALIDEZ PERMANENTE**  **MORTE**

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	703.507.564-06	RENNAN SABINO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	RENNAN SABINO DA SILVA	CPF:
Profissão:	R. PAULO ANTONIO B. PORTELA	Número:
Bairro:	GRAMAME	Complemento:
E-mail:	JAS PESSOA	Estado:
		CEP:
		53067-242
		Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].				
<b>DADOS CADASTRAIS</b>				
<b>RENDIMENTO MENSAL:</b>				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00	
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00	
<b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA</b>				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: <b>1456</b>	<input type="checkbox"/> CONTA: <b>17556</b>	<input type="checkbox"/> 5	AGÊNCIA: _____	<input type="checkbox"/> CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	

**Autorizo** a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORRETURA DE INFORMAÇÕES PREVIMENTE

**Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do benefício do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):****

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 dias entre a data de ocorrência e a data da perícia.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente. Constitui documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descreva seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

**ORTE** Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

**Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista na Lei nº 9.037, de 20 de setembro de 1995.**

Imprensa digital da víctima ou beneficiário não afiliado(a)	Local e Data: <u>José Pessoa - PB 04/07/39</u> Nome: _____ CPF: _____	<b>TESTEMUNHAS</b> 1º   Nome: _____ CPF: _____
-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

**\* Assinatura de quem assina A ROGO**  
**\* Renan Salino da Silveira**

**Assinatura**

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

EBC 903.1003.10000



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>a</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA

GOVERNO  
DA PARAÍBA  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 07088.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07088.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:48 horas do dia 27 de junho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Rennan Sabino da Silva**, CPF nº 703.507.564-06, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Balconista, filho(a) de Gerlanc Barbosa da Silva e Manoel Sabino da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/03/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Funcionário Público Paulo Antonio Bastos Portelas, Nº 244, bairro Altiplano Cabo Branco, tendo como ponto de referência Frigorífico, na cidade de João Pessoa/PB.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Francisco Medeiros e Silva, Parque do Sol, Outros, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/03/19 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

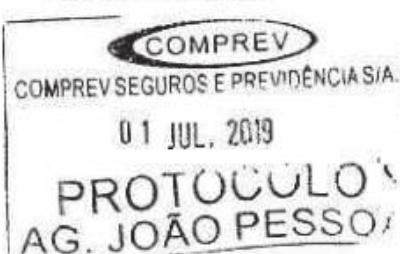
QUE segundo o notificante relata que trafegava com a motocicleta, marca e modelo:HONDA/NXR 150 BROS ES / ANO E MODELO 2013, de cor preta, placa: OFY 5144/PB, Chassi nº 9C2D055OD357341, registrado em nome de Manoel Sabino da Silva, pai do notificante; QUE seguia normalmente quando um animal (cavalo) cruzou na frente do notificante, onde o mesmo notificante veio a atropelar o animal, que devido ao impacto veio a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 18/06/2019, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar CID S00.9, S010 S.017 E S02.7

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 27 de junho de 2019.

JOHSE SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

RENNAN SABINO DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 07088.01.2019.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:56:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311561517600000035706664>  
Número do documento: 20120311561517600000035706664

Num. 37422282 - Pág. 3





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Águas Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 904/043, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2376651, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente RENNAN SABINO DA SILVA idade 21 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão moto x cavalo) no dia 11/03/2019, na R. Francisco Medeiros e Silva, Bairro: Parque do Sol/Valentina - João Pessoa - aproximadamente às 21:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Abril de 2019.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico  
CRE/S Região: 1011

Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV  
COMPREV SEGUROSE PREVIDENCIASIA  
01 JUL. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:56:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311561517600000035706664>  
Número do documento: 20120311561517600000035706664

Num. 37422282 - Pág. 5

# 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: 16/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENNAN SABINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000017556-5

---

Nr. da Autenticação 8B72B4E1E1C1BDE2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:56:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311561517600000035706664>  
Número do documento: 20120311561517600000035706664

Num. 37422282 - Pág. 6



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Peçanha Cima, 228 - Jardim João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

MATRÍCULA
67348130
REFERÊNCIA
JUN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MANUEL SABINO DA SILVA  
RUA PAULO ANTONIO B PORTELA, 244 - GRAMAME JOAO  
PESSOA PB 58067- 242

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Balanço	Geral	Indireto	Reta
001.092.690.0351.000	000	0	1	0	0
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
A00X163508	29/11/2001	JARDIM	LIGADO	POTENCIAL	

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m<sup>3</sup>) | NUM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA  
1434 22 30 30/06/2019

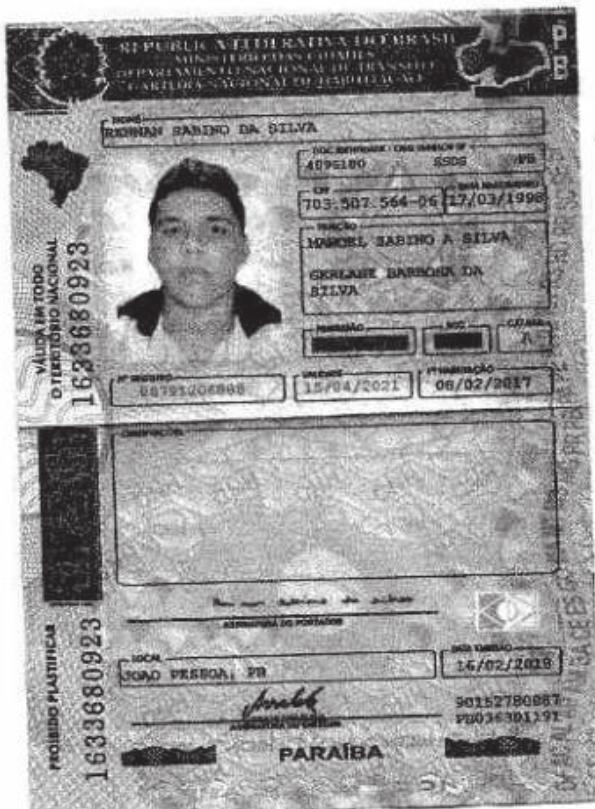
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 NS.

MES/2019	22	8	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
ABR/2019	22	8	TURBIDEZ	268	284	282
MAR/2019	22	8	CLORO	268	284	284
FEV/2019	22	8	COL. TERNOT	0	0	0
JAN/2019	22	4	COR	73	102	101
DEZ/2018	22	1	COL.TOTAIS	268	284	284
MEDIA(m <sup>3</sup> )	22		DADOS REFERENTES A: ABR/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 01/06/2019		HORA DA IMPRESSÃO: 10:19:49	
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA			
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 m <sup>3</sup> - R\$ 67,65 POR UNIDADE	10 m <sup>3</sup>	67,65	
ACIMA DE 10 m <sup>3</sup> - R\$ 11,72 POR m <sup>3</sup>	12 m <sup>3</sup>	140,64	
ESGOTO			
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 03/2019		4,19	
JUROS DE MORA 03/2019		1,71	
FATURAS EM ATRASO			
REF 201905	213,83		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 19,27 PIS E CONFINS-LEI 17.741/12  
VENCIMENTO: 15/07/2019 Total a Pagar: R\$ 214,19

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDICÃO DO FATURAMENTO: MEDIA DO HIDRONE TIPO DE TARIFA: 1  
ANORMALIDADE: HIDROMETRO SOTERRADO  
INFORMAÇÕES GERAIS:  
#CHEGADETRABALHOINTEGRAL





**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Chaves, 220 - Jardim João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.854/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
DIRETÓRIO ESTADUAL

MATRÍCULA

67346503

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

REFERÊNCIA

JUN/2019

BERTRAND DE SOUSA NOBREGA  
RUA JOAO BATISTA T DE CARVALHO, 42 - GRAMAME JOAO  
PESSOA PB 58067- 210

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Residencial	Residencial	Residencial	
001.092.640.0037.000	000	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
V15N406013	20/10/2015	JARDIM LAGABO	POTENCIAL		
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (m <sup>3</sup> )   NUM DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA					
734	23	30	30/06/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.					
MAI/2019	24	60	PARAMETROS EXTG. ANALIS. CONFORMES		
ABR/2019	26	60	TURBIDEZ	268	284
MAR/2019	24	60	CLORO	268	284
FEV/2019	23	60	COL. TERMOT.	0	284
JAN/2019	21	60	COR	73	101
DEZ/2018	20	60	COL. TOTAIS	268	284
MEDIA(m <sup>3</sup> )	23		DADOS REFERENTES A: ABR/2019		

DATA DA IMPRESSÃO: 01/06/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 11:51:26

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 m <sup>3</sup> - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 m <sup>3</sup>	37,91
11 m <sup>3</sup> A 20 m <sup>3</sup> - R\$ 4,89 POR m <sup>3</sup>	10 m <sup>3</sup>	48,90
21 m <sup>3</sup> A 30 m <sup>3</sup> - R\$ 6,45 POR m <sup>3</sup>	3 m <sup>3</sup>	19,35
ESGOTO		
FATURAS EM ATRASO		
REF 201904 127,99		
REF 201905 118,05		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS-R\$ 0,82 R\$ 0,82 E CONFERIR LETRA 77 741-012

VENCIMENTO: 15/06/2019 Total a Pagar:

R\$ 106,16

<b>CAGEPA</b>	CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
	CONDICÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIDRÔMETRO TIPO DE TARIFA: 1
	ANORMALIDADE: CASA FECHADA
INFORMAÇÕES GERAIS:	
SR. USUÁRIO: EN 01/05/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO	
O. COMPAREÇA OS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.	

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
67346503	JUN/2019	15/06/2019	R\$ 106,16





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Faça mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### 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 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 fáixa 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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANÍSIO FRANCISCO LIMA NEIXO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.745.984-144, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RENNAN SABINO DA SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.507.564-06,

do sinistro de DPVAT cobertura VALIDEZ da Vítima RENNAN SABINO DA SILVA,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.507.564-06, 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.

Enderço:	<u>R. JOSÉ BARBOSA FERREIRA DE CARVALHO</u>	Número:	<u>12</u>	Complemento:			
Bairro:	<u>GRAMAME</u>	Cidade:	<u>DUIS PESSOA</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58067-210</u>
E-mail:	<u>ANISIOFRANCISOLIMA@GMAIL.COM</u>	Tel.(DDD):	<u>(83) 98833-4286</u>				

Local e Data: \_\_\_\_\_

\* Rennan Sabino da Silva  
Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:56:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012031156151760000035706664>  
Número do documento: 2012031156151760000035706664

Num. 37422282 - Pág. 9



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Olvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MANUEL SABINO DA SILVA

RG nº 200 1993, data de expedição / /

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 023.662.684-16

com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de  
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. PAULO ANTONIO B. PEREIRA, nº 244,

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

RENNAN SABINO DA SILVA, cujo o condutor era

RENNAN SABINO DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA NXR 150 Bros Ano: 2013

Placa: OFY-5144 Chassi: 9G2KJD0550DR357341

Data do Acidente: 11/03/19

1º OFICIO  
DISTRITAL

Local e Data:

João Pessoa - PB 01/07/19

COMPREV  
COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S.A.  
01 JUL. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Declarante

Manuel Sabino da Silva

Assinatura do Condutor

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



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

JULIA CELINA KUBTSCHKE, SM. ERNESTO 08881 - CEP 58016-000 - JOÃO PESSOA - PB - TELEFAX: (83) 3201-4778  
Reconheço Por Semelhança a firma de MANUEL SABINO DA SILVA, [12376], J. Pessoa-PB, 01/07/2019 13:38:57 Emol R\$9,91 FarpemR\$0,29 FepipR\$1,98, ISSeR\$0,50. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA, Censo Digital AIS94716-NWOK Consulte em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:56:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311561517600000035706664>

Número do documento: 20120311561517600000035706664

Num. 37422282 - Pág. 10



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RENNAN SABINO DA SILVA

DADOS DE NASCIMENTO 17/03/98

NOME DA MÃE GERLANE BARBOSA DASILVA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.148.469

Nº PRONTUÁRIO 114.524

DATA DO ATENDIMENTO 11/03/19

HORA DO ATENDIMENTO 22:30

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FERIMENTO DO COURO CABELUDO + FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA (FACE) + FRATURAS MÚLTIPLAS DA FACE (PARASSÍNFISE MANDIBULAR + LEFORT III)

CID 10 S 00.9 + S 01.0 + S 01.7 + S 02.7

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x cavalo), trazido pelo SAMU, apresentando TCE + perda de consciência, cefaléia, ferimento corto-contuso em couro cabeludo, trauma importante de face com escoriações, edema, ferimento corto-contuso e abrasivo em região periorbitária E, edema e equimose ocular E e zigomática E, lábio superior e inferior + dorso nasal, além de escoriações em transição tóraco-abdominal D. Refere uso de bebida alcoólica. Glasgow 14. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

TC da face

RX do tórax - AP

RX da bacia - AP

USG do abdome total - FAST

### TRATAMENTO:

Fraturas múltiplas da face (parassínfise mandibular + Le Fort III) à TC da face. Ferimento do couro cabeludo + ferimentos múltiplos da face. Sem alteração à TC do crânio, USG e aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Leonardo Mendes e equipe da BucoMaxilo Facial.

ALTA HOSPITALAR: 24/03/19

DATA DA EMISSÃO: 18/06/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO CIRURGIANO  
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

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

Boletim de Atendimento: 1148469



## Identificação do paciente

ID 1383853	Nome RENNAN SABINO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 20 anos 11 meses 22 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe GERLADA BARBOSA DA SILVA				Fai MANOEL SABINO DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) A MAE - MAE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 99417680	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4096180	NP Crm 700407497144546		
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CEP/R		

## Endereço

CEP 58067215	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ROMUALDO ROLIM (LOT PRQ DO SOL)
Número 90	Complemento:		Bairro GRAMAME

## Admissão

Data e Hora 11/03/2019 22:30:54	Número da pulseira <b>1000007266286</b>	Conselho SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X ANIMAL	

## Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

## Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

## Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonorografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	----------------------

## Dados clínicos

Paciente vitima de trauma, apresenta ingestão de álcool, escoriações em face, com feridas e certos contusões em coxa esquerda e dor.

## Diagnóstico

Atendido por  
ILMA VIEIRA DA SILVA

CD  
Tempo  
03min  
COREN-PB 2228-ENF  
Estrela d'Alma de Sousa

Imprimir

11/03/2019 22:31

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>RENNAN SABINO DA SILVA</b>	BAE 1148459	Data/Hora Entrada 11/03/2019 22:30:54	Data Baixa
Data de nascimento <b>17/03/1998</b>	Idade <b>20a 11m 23d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS 700407497144546
Mãe <b>GERLADA BÁRBOSA DA SILVA</b>			Telefone de Contato (83) 99417680
Endereço <b>ROMUALDO ROLIM (LOT PRQ DO SOL), 90</b>	Bairro <b>GRAMAME</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X ANIMAL</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>AUTRAN DA NOBREGA ALVES</b>	Nº Cons. Regional <b>4072/</b>
Data/Hora Classificação <b>11/03/2019 22:30:54</b>		Data/Hora Prescrição <b>12/03/2019 06:26:59</b>	

## Anamnese

BMF

EMPO

AO EXAME DE IMAGEM (TC DE FACE) APRESENTA TRAÇO SUGESTIVO DE FRATURA DE PARASÍNFISE MANDIBULAR + FRATURA DO TIPO LE FORT III.

CD:

1-AVALIAÇÃO

2-SUTURA

3-ODONTOSESINTSE

4-ORIENTAÇÕES

5-INTERNAMENTO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA DAS FRATURAS DOS OSSOS DA FACE.

## DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: LIQUIDA E PASTOSA)

JELCO HEPARINIZADO, VIA E.V.

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

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

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

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 50,0 ML VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,5 ML VIA E.V., 12/12H

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO NAÚSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

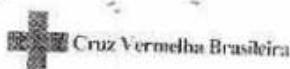
Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 11/03/2019 22:34:23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:56:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311561517600000035706664>

Número do documento: 20120311561517600000035706664



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
RENNAN SABINO DA SILVA	1148469	11/03/2019 22:30:54	
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 20a 11m 23d	Sexo Masculino	CNS 700407497144546
Mãe <b>GERLADA BARBOSA DA SILVA</b>			Telefone do Contato (83) 99417680
Endereço ROMUALDO ROLIM (LOT PRQ DO SOL), 90	Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JUAREZ SILVESTRE NETO	Nº Cons. Regional 11302/PB
Data/Hora Classificação 11/03/2019 22:30:54		Data/Hora Prescrição 12/03/2019 01:20:19	

## Anamnese

#CIRURGIA GERAL

CIENTE SEM QUEIXAS QUE COMPRETEM A CIRURGIA GERAL, AVALIO EXAMES DE IMAGEM, SEM TERAÇÕES.

CD: 1- ALTA DA CIRURGIA GERAL

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

Dr. Juarez Silvestre  
Medicina do Trabalho  
Medico Auditor  
CRM PB 11302  
CPF: 042.993.054-3

JUAREZ SILVESTRE NETO  
(CRM: 11302/PB)

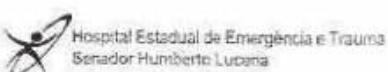
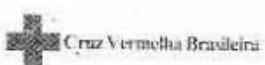
RENNAN SABINO DA SILVA

Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 11/03/2019 22:34:23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:56:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311561517600000035706664>  
 Número do documento: 20120311561517600000035706664

Num. 37422282 - Pág. 14



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>RENNAN SABINO DA SILVA</b>	BAE 1148469	Data/Hora Entrada: 11/03/2019 22:30:54	Data Baixa
Data de nascimento <b>17/03/1998</b>	Idade <b>20a 11m 23d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700407497144546</b>
Mãe <b>GERLADA BARBOSA DA SILVA</b>			Prontuário
Endereço <b>ROMUALDO ROLIM (LOT PRQ DO SOL), 90</b>	Morro <b>GRAMAME</b>	Município: <b>JOÃO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X ANIMAL</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>AUTRAN DA NOBREGA ALVES</b>	Nº Cons. Regional <b>4072</b>
Data/Hora Classificação <b>11/03/2019 22:30:54</b>		Data/Hora Prescrição: <b>11/03/2019 23:35:10</b>	

### Anamnese

#BMF#

PACIENTE VÍTIMA ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, SEM USO DO CAPACETE, NÃO SABE PRECISAR HÁ QUANTO TEMPO. NEGA EPISÓDIOS DE VÔMITO E AFIRMA PERDA DE CONSCIÊNCIA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. DOENÇAS DE BASE E USO DE MEDICAÇÕES. AFIRMA TER FEITO USO DE MEDICAMENTO ANTIVIRAL HA DOIS DIAS PARA HERPES. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM MACA, NA ÁREA VERMELHA. EUPNEICO, NORMOCORADO, AFEBRIL AO TOQUE, CONSCIENTE, ATIVO E EM BOM ESTADO GERAL.

- AO EXAME FÍSICO: APRESENTA FERIMENTO CORTO CONTUSO E ABRASIVO EM REGIÃO SUPERCILIAR ESQUERDA (COM NECESSIDADE DE SUTURA). EDEMA E EQUIMOSE EM REGIÃO OCULAR ESQUERDA. ZIGOMÁTICA ESQUERDA, EM LÁBIOS SUPERIOR E INFERIOR E EM DORSO NASAL, MOVIMENTOS OCULARES E ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS. CREPITAÇÃO E DEGRAU ÓSSEO EM SÍNFISE, CREPITAÇÃO E MOBILIDADE EM MAXILA, EPISTAXE, EDEMA E ABRASÃO EM REGIÃO MASSETÉRICA DIREITA. SINAIS CLÍNICOS SUGESTIVOS DE FRATURA DE SÍNFISE E DE MAXILA.

CD.:

- 1 - AVALIAÇÃO BMF;
- 2 - LIMPEZA DOS FERIMENTOS EM FACE;
- 3 - SOLICITO TC DE FACE PARA COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA;
- 4 - AGUARDO RETORNO PARA REALIZAÇÃO DE SUTURA E ODONTOSÍNTSE EM MANDÍBULA;
- 5 - OBSERVAÇÃO BMF.

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES

### Conduta

Em observação

RENNAN SABINO DA SILVA

*Autran da Nobrega Alves*  
Autran da Nobrega Alves  
CRM-PB: 4072  
CRM-DISCO-MACRO-FACIAL  
4072

Boleto registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 11/03/2019 22:34:23

6.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=72

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:56:15  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311561517600000035706664  
Número do documento: 20120311561517600000035706664

Num. 37422282 - Pág. 15



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente		BAE 1148469	Data/Hora Entrada 11/03/2019 22:30:54	Data Baixa
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 20a 11m 23d	Sexo Masculino	CNS 700407497144546	Telefone de Contato (83) 99417680
Mae	GERLADA BARBOSA DA SILVA			Prontuario
Endereço	ROMUALDO ROLIM (LOT PRQ DO SOL), 90			Bairro GRAMAME
Acidente	MOTO X ANIMAL			Município JOAO PESSOA
	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
Data/Hora Classificação 11/03/2019 22:30:54				UF PB
				Nº Cons. Regional 4687/PB
				Data/Hora Prescrição 12/03/2019 01:20:29
<b>Anamnese</b>				
NEUROCIRURGIA - ACIDENTE MO X CAVALO, COM TRAUMA IMPORTANTE DE FACE. REG, EUPNEICO, ESCORIAÇÕES, EDEMA EM FACE, GLASGOW 14, SEM DÉFICITS APENDICULARES. TC SEM LESÕES UROCIDRÚRGICAS. CD: LIBERO DA NEUROCIRURGIA PARA PROCEDIMENTO BUCOMAXILOFACIAL.				
<b>Conduta</b>				
Em observação				

RENNAN SABINO DA SILVA

LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO  
(CRM: 4687/PB)

Boleto registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 11/03/2019 22:34:23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:56:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311561517600000035706664>  
 Número do documento: 20120311561517600000035706664

Num. 37422282 - Pág. 16

## SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente <b>RENNAN SABINO DA SILVA</b>	BAE 1148469	Data/Hora Entrada 11/03/2019 22:30:54	Data Baixa
Data de nascimento <b>17/03/1998</b>	Idade <b>20a 11m 23d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700407497144546</b>
Mãe <b>GERLADA BARBOSA DA SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 99417680</b>
Endereço <b>ROMUALDO ROLIM (LOT PRQ DO SOL), 90</b>	Bairro <b>GRAMAME</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X ANIMAL</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO</b>	Nº Cons. Regional <b>6311/</b>
Data/Hora Classificação <b>11/03/2019 22:30:54</b>		Data/Hora Prescrição <b>11/03/2019 22:56:20</b>	

### Anamnese

PACIENTE REFERE INGESTA ALCOÓLICA, TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE COLISÃO MOTO X CAVALO ATENDENDO:

A) LAS AÉREAS PÉRIVAS COM COLAR CERVICAL E SEM DOR OU CREPTAÇÕES A PALPAÇÃO DA COLUNA

C) VICAL

B) RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE, SATO2: 100% EM AR AMBIENTE

C) HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL PA: 160X80MMHG, FC:85BPM

D)ECGL:15, PERDA DA CONSCIÊNCIA, CEFALÉIA, NEGA NÁUSEAS OU VÔMITOS, MOVIMENTA OS QUATRO MEMBROS

E) ABDOME: INDOLOR, DEPRESSÍVEL E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL, ESCORIAÇÃO NA TRANSIÇÃO TORACOABDOMINAL DIREITA. TRAUMA EM FACE/CRÂNIO COM LESÕES CORTOCONTUSAS. SEM DOR TORÁCICA OU LOMBAR.

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

VAT: NÃO SABE INFORMAR.

CONDUTA: PRIMEIRO ATENDIMENTO

PRESCREVO VACINAÇÃO ANTI-TETÂNICA E TETANOGAMMA AMBULATORIALMENTE POR FALTA NO HOSPITAL

RX ++ FAST + TC DE CRÂNIO

AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA + CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL.

### MEDICAÇÃO

UÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTS)

NOGAMMA, ADMINISTRAR 250,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTS)

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE BACIA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

### CID10

Código	Descrição
V29.9	Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

### Conduta

Em observação

DIFUSOR DE VAPOR, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA) ADMINISTRAR 100,0 MG VIA I.V. 12/12U

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML) ADMINISTRAR 100-200ML

## Dilute

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H. SE NECESSÁRIO DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

#### **CUIDADOS**

CABECEIRA ELEVADA A 200

SSWV + CCCG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

#### **EXAME LABORATORIAL**

COAGULOGRAMA COMPL. 570

**CREATININA**

**GLUCOSE**

HF1 DIGITAL COMBI EXO

TG- $\gamma$ -ASPARTATO AMINOTRANFERASE

**TGP (ALANINA AMINOTRANSFERASE/AST)**

UREIA

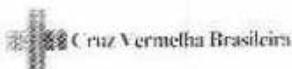
## **Conducta**

Internar Paciente

BENNAN GARDEN CENTER

**AUTRAN DA MARENGA ALVES**





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, Sr - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel: 8332165700

Impresso por: LEONARDO  
ROCHA MENDES CAMPOS  
Em: 21/03/2019 13:08:44

Nome <b>RENNAN SABINO DA SILVA</b>		Boletim de Atendimento <b>1148469</b>	Data/Hora Entrada <b>11/03/2019 22:30:54</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>17/03/1998</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700407487144546</b>	Prontuário <b>114524</b>
Tempo de Internação <b>9d 4h 25min</b>		Convênio <b>SUS</b>		Priatão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>11/03/2019 22:30:54</b>	Data Internação <b>12/03/2019 08:43:55</b>	Permanência na Unidade <b>9d 14h 38min</b>		Permanência no Leito: <b>4d 17h 4min</b>

### **Evolução Médica (LEONARDO ROCHA MENDES CAMPOS - 21/03/2019 13:06:48)**

#### **Evolução**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

PACIENTE SUBMETIDO A REDUÇÃO E OSTEOSINTSE DE FRATURA LE FORT III E COMPLEXA DE MANDIBULA SOB ANESTESIA GERAL, CIRURGIA REALIZADA SEM INTERCORRÊNCIAS.

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 005

Profissional responsável pela informação: LEONARDO ROCHA MENDES CAMPOS

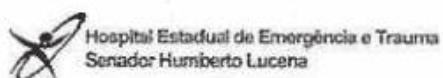
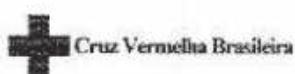
Número Conselho: 3269

*Dr. Leonardo Mendes Campos  
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial  
e Implantodontista  
CRM-PB 3269*



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:56:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311561517600000035706664>  
Número do documento: 20120311561517600000035706664

Num. 37422282 - Pág. 19



AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: RODOLFO  
TORRES SOARES  
BOULITREAU  
Em: 17/03/2019 10:20:30

Nome <b>RENNAN SABINO DA SILVA</b>		Boletim de Atendimento <b>1148469</b>	Data/Hora Entrada <b>11/03/2019 22:30:54</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>17/03/1998</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700407497144546</b>	Prontuário <b>114524</b>
Tempo de Internação <b>5d 1h 37min</b>	Convênio: <b>SUS</b>			Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>11/03/2019 22:30:54</b>	Data Internação <b>12/03/2019 08:43:55</b>	Permanência na Unidade: <b>5d 11h 56min</b>		Permanência no Leito: <b>14h 16min</b>

### Evolução Médica (RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU - 17/03/2019 10:19:20)

#### Evolução

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

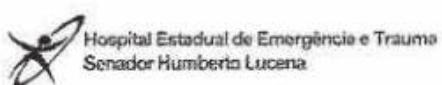
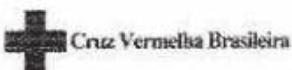
#### BMF

Paciente vítima de acidente motociclistico em 5 DIH. No momento encontra-se consciente, orientado, eupneico em BEG. Ao exame físico apresenta edema generalizado em face em fase de regressão + hematoma e equimose periorbitaria bilateral. Ao exame tomográfico apresenta sinais indicativos de fratura de mandíbula (parasinfise D) + Le Fort III. Aguarda melhora do quadro para posterior conduta cirúrgica BMF.

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 005

Profissional responsável pela informação: RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU

Número Caso/Atto: 3777



AV. ORESTES LISBOA, 51 - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: RODOLFO  
TORRES SOARES  
BOULITREAU  
Em: 16/03/2019 10:18:20

Nome <b>RENNAN SABINO DA SILVA</b>		Boletim de Atendimento 1148469	Data/Hora Entrada 11/03/2019 22:30:54	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/03/1998		Sexo Masculino	CNS 700407497144546	Prontuário 114524
Tempo de Internação 4d 1h 35min		Convênio SUS		Plano DIURNO
Data de Entrada 11/03/2019 22:30:54	Data Internação 12/03/2019 08:43:55	Permanência na Unidade: 4d 11h 48min		Permanência no Leito: 4d 1h 35min

#### Evolução médica (RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU - 16/03/2019 10:09:55)

##### **Evolução**

##### **Procedimento**

##### **Descrição da evolução:**

##### **BMF**

Paciente vítima de acidente motociclístico em 4 DIH. No momento encontra-se consciente, orientado, eupneico em BEG. Ao exame físico apresenta edema generalizado em face em fase de regressão + hematoma e equimose peri-orbitária bilateral. Ao exame tomográfico apresenta sinais indicativos de fratura de mandíbula (parasinfise D) + Le Fort III. Aguarda melhora do quadro para posterior conduta cirúrgica BMF.

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B - Leito: LEITO - 801

Profissional responsável pela informação: RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU

Número Colegiado: 3777  
RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU  
BUREAU - COLEGIADO  
CRON/PR 3777



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:56:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012031156151760000035706664>  
Número do documento: 2012031156151760000035706664

Num. 37422282 - Pág. 21

Sistema Único de Saúde - SUS	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DA ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>MEETSHL</b>					2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>MEETSHL</b> 21/03/19					4 - CNES
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <b>Ramon Soárez da Silva</b>					6 - NÚMERO PRINCIPAL <b>1198465</b>
7 - CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE - CNS		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - NOME DA MULHER RESPONSÁVEL	
		/ /	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
11 - ENDERECO DO JUÍZO DE ARBITRAGEM		12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		13 - TELEFONE DE CONTATO M. D. S. T. F.	
				14 - COD. IGE MUNICÍPIO - 15 - UF - 16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
<b>II. AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO</b>					
18 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL ANTERIOR			19 - COD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR		
20 - DESCRITIVO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INÍCIO		23 - CÓD. DO PRINCIPAL	24 - CÓD. DO SEGUINHO	25 - CÓD. DO CALSAM ASSOCIAÇÃO	
<b>III. EFEITUAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>					
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - DESCRIÇÃO DO PRODUTO			29 - DIÁRIA DE UTI TIPO I	30 - DIÁRIA DE UTI TIPO II	
<b>31 - MATERIAIS</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>32 - EQUIPAMENTOS</b>			33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<b>35 - OUTROS</b>			35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<b>37 - MATERIAIS</b>			37 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	38 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<b>39 - EQUIPAMENTOS</b>			39 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	40 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<b>41 - OUTROS</b>			41 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	42 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<b>43 - MATERIAIS</b>			43 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	44 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<b>45 - EQUIPAMENTOS</b>			45 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	46 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<b>47 - OUTROS</b>			47 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	48 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<b>DISPENSAÇÃO - CME</b>					
49 - DESCRIÇÃO DO PRODUTO			50 - DATA DA SORTEADA		
<b>51 - PRODUTO</b>			52 - DATA DA SORTEADA		
<b>53 - PRODUTO</b>			54 - DATA DA SORTEADA		
<b>55 - PRODUTO</b>			56 - DATA DA SORTEADA		
<b>57 - PRODUTO</b>			58 - DATA DA SORTEADA		
<b>59 - PRODUTO</b>			60 - DATA DA SORTEADA		
<b>61 - PRODUTO</b>			62 - DATA DA SORTEADA		
<b>63 - PRODUTO</b>			64 - DATA DA SORTEADA		
<b>65 - PRODUTO</b>			66 - DATA DA SORTEADA		
<b>67 - PRODUTO</b>			68 - DATA DA SORTEADA		
<b>69 - PRODUTO</b>			70 - DATA DA SORTEADA		
<b>71 - PRODUTO</b>			72 - DATA DA SORTEADA		
<b>73 - PRODUTO</b>			74 - DATA DA SORTEADA		
<b>75 - PRODUTO</b>			76 - DATA DA SORTEADA		
<b>77 - PRODUTO</b>			78 - DATA DA SORTEADA		
<b>79 - PRODUTO</b>			80 - DATA DA SORTEADA		
<b>81 - PRODUTO</b>			82 - DATA DA SORTEADA		
<b>83 - PRODUTO</b>			84 - DATA DA SORTEADA		
<b>85 - PRODUTO</b>			86 - DATA DA SORTEADA		
<b>87 - PRODUTO</b>			88 - DATA DA SORTEADA		
<b>89 - PRODUTO</b>			90 - DATA DA SORTEADA		
<b>91 - PRODUTO</b>			92 - DATA DA SORTEADA		
<b>93 - PRODUTO</b>			94 - DATA DA SORTEADA		
<b>95 - PRODUTO</b>			96 - DATA DA SORTEADA		
<b>97 - PRODUTO</b>			98 - DATA DA SORTEADA		
<b>99 - PRODUTO</b>			100 - DATA DA SORTEADA		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
101 - NOME INSCRIÇÃO CLÍNICA DA FARMACIA			102 - CONFERIDO EMISSÃO		
103 - FARMACÊUTICO			104 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
105 - FARMACÊUTICO			106 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: RENNAN SABINO DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1148469  
 IDADE: 20 SEXO: MASCULINO COR: DATA: 21/03/2019  
 CLÍNICA /SETOR: BMF EMP: LR:  
 CIRURGIA: FRATURA LE FORT III E FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA  
 CIRURGIÃO: DR. LEONARDO MENDES 1º ASS: RESIDENTE  
 2º ASS: RESIDENTE 3º ASS:  
 INSTRUMENTADOR: RESIDENTE ANESTESISTA: DR. DANIEL  
 TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: 08:00 TÉRMINO: 12:30

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA LE FORT III + FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
REDUÇÃO E OSTEOSINTESE DE FRATURA LE FORT III E FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA	

**ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:** NAO

**DESCRICAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:** —

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA      TERAPIA INTENSIVA  
 RESIDÊNCIA      ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO





CROZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## Nota de Sala Cirúrgica



1. NOME DO PACIENTE:	Roman Sabino da Silva				
2. IDADE:	20	3. NIF:	1148469	4. ENFERMEIRA:	LEITO
5. CIRURGIO:	Trat. cirúrgico de redução reporte 3 + os tecmínica de mandibula				
6. CIRURGÃO:	Leonardo Mendes	7. ANESTESIA:	Geral	8. ANESTESISTA:	Daniel
9. INSTRUMENTADOR:	21/03/19 10:50 12:15 08:10 12:30				
10. ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)					
ASA I (ASA 1) ASA II ASA III					
11. QUALIDADE CONTAMINADA (C) IMPURA (C) CONTAMINADA (C) INFECTADA (C) POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
12. MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FÍOS	
ALFENTANILA	SRL 500ml	TELCO 010		FIO CAT GUT CRONADO 00	
BUPIVACAÍNA ISCHÁICA		TELCO 020		FIO CAT GUT CRONADO 00	
BUPIVACAÍNA PESADA	SF 300ml	TELCO 022		FIO DE AÇO 0	L
CETAMINA		TELCO 028		FIO DE AÇO 0	
DRONEROL	SF 100ml	KIT SET DREN TORANIAN		FIO DE NYLON 5-0	L
ETOMIDATO	SOLEÇÕES	QTD.	LÂMINA RESTANTE		
FENDANIL	ALCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI 015		
FENTANILA	EVPI DETERMANTE		LÂMINA BISTURI 015		
FLUOREZENOL	EVPI TINTA		LÂMINA BIPLÁSTICA		
ISOFLURANO	EVPI TÓPICO		LÂMINA DE ULTRAFLEX		
LEVOBUTACAÍNA EV VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ESTERIO		
LEVOBUTACAÍNA SI VASO	MATERIAIS	QTD.	LÂMINA DE PRÉCUTÉRIO PAR		
LIDOCAINA C VASO	AGULHA 13X4,5		LÂMVA ESTERI 003		
LIDOCAINA SI VASO	AGULHA 25X01		LÂMVA ESTERI 003		
MIDAZOLAM	AGULHA 25X01		LÂMVA ESTERI 003		
MORFINA	AGULHA 40X12		LÂMVA ESTERI 003		
NIMODIPINA	AGULHA PERIDURAL 016		MASCARA CIRÚRGICA		
PANELBÔNIO	AGULHA PERIDURAL 017		MIL 015		MATERIAL ESPECIAL 03
PETEDIMA	AGULHA PERIDURAL 018		PERFURADOR DE SORO		
PROPRÓFOL	AGULHA RAQU 020		SCALP 079		
RAMIFERATANINA	AGULHA RAQU 020		SCALP 079		
ZICLODICONA	AGULHA RAQU 020		SPRINGA 0ML		
SEVFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SPRINGA 0ML		
SUXAMETO	ATADURA DE CLO 10M		SPRINGA 0ML		
ZOPREDNA	ATADURA GESSADA		SPRINGA 0ML		
SELOHACDES	BOGLA FICOLOSTOMIA		SONDA ASP TRAQUEAL 008		
ADRENALINA	CANULA P TRAQUEOSTOMIA 01		SONDA ASP TRAQUEAL 008		
AQUA DESTILADA	CATETER DE DRENAGEM		SONDA ASP TRAQUEAL 012		
ATROPINA	CATETER FEMOLOIG ARTERIAL 01		SONDA ASP TRAQUEAL 014		
EXTRA	CATETER EPIDURAL 016		SONDA ASP TRAQUEAL 016		
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL 017		SONDA FOLEY 25ML 012		
DIAMANTASINA	CATETER EPIDURAL 018		SONDA FOLEY 25ML 014		
UMBRONA SÓTICA	CERA PARA OSSO		SONDA NASO CORTA		
FEZOFINA	ECLET URINA FECHADO		SONDA NASO LONGA		
PUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL 014	01	
CLIFOSE 5%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL 014	01	
GLICOFONATO DE CALCI	DREN DE PENIS		SONDEIRINHA		
HIDROCORTISONA	DREN DE SUCÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL 014		
LÍQUIDINA GELADA	ELITRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL 014		
ONDASENTERINA	EQUIPO MACROGLOTTAS	05	TUBO ENDOTRAQUEAL 014		
PLATE	EQUIPO TRANSF SANGUE		TUBO SECCIONE (LATEX)		
PROSTIGMATE	EQUIPO MICROGLOTTAS B.I	01			EQUIPAMENTOS
ROMFHINA sef anal	ESPONJA DE PVC				
TEHOGICAN	ESPARADRAPO				
clor. cl	GAZES				
ex. 11-20	GAZES ALCOOLADAS				
Neonatal	GFI E THERMÓMETRO				
O 1 mês placebo	IPCO 0104				
re 1 mês placebo	IPCO 0105				
1 mês placebo	IPCO 0106				
2 mês placebo	IPCO 0107				
3 mês placebo	IPCO 0108				
4 mês placebo	IPCO 0109				
5 mês placebo	IPCO 0110				
6 mês placebo	IPCO 0111				
7 mês placebo	IPCO 0112				
8 mês placebo	IPCO 0113				
9 mês placebo	IPCO 0114				
10 mês placebo	IPCO 0115				
11 mês placebo	IPCO 0116				
12 mês placebo	IPCO 0117				
13 mês placebo	IPCO 0118				
14 mês placebo	IPCO 0119				
15 mês placebo	IPCO 0120				
16 mês placebo	IPCO 0121				
17 mês placebo	IPCO 0122				
18 mês placebo	IPCO 0123				
19 mês placebo	IPCO 0124				
20 mês placebo	IPCO 0125				
21 mês placebo	IPCO 0126				
22 mês placebo	IPCO 0127				
23 mês placebo	IPCO 0128				
24 mês placebo	IPCO 0129				
25 mês placebo	IPCO 0130				
26 mês placebo	IPCO 0131				
27 mês placebo	IPCO 0132				
28 mês placebo	IPCO 0133				
29 mês placebo	IPCO 0134				
30 mês placebo	IPCO 0135				
31 mês placebo	IPCO 0136				
32 mês placebo	IPCO 0137				
33 mês placebo	IPCO 0138				
34 mês placebo	IPCO 0139				
35 mês placebo	IPCO 0140				
36 mês placebo	IPCO 0141				
37 mês placebo	IPCO 0142				
38 mês placebo	IPCO 0143				
39 mês placebo	IPCO 0144				
40 mês placebo	IPCO 0145				
41 mês placebo	IPCO 0146				
42 mês placebo	IPCO 0147				
43 mês placebo	IPCO 0148				
44 mês placebo	IPCO 0149				
45 mês placebo	IPCO 0150				
46 mês placebo	IPCO 0151				
47 mês placebo	IPCO 0152				
48 mês placebo	IPCO 0153				
49 mês placebo	IPCO 0154				
50 mês placebo	IPCO 0155				
51 mês placebo	IPCO 0156				
52 mês placebo	IPCO 0157				
53 mês placebo	IPCO 0158				
54 mês placebo	IPCO 0159				
55 mês placebo	IPCO 0160				
56 mês placebo	IPCO 0161				
57 mês placebo	IPCO 0162				
58 mês placebo	IPCO 0163				
59 mês placebo	IPCO 0164				
60 mês placebo	IPCO 0165				
61 mês placebo	IPCO 0166				
62 mês placebo	IPCO 0167				
63 mês placebo	IPCO 0168				
64 mês placebo	IPCO 0169				
65 mês placebo	IPCO 0170				
66 mês placebo	IPCO 0171				
67 mês placebo	IPCO 0172				
68 mês placebo	IPCO 0173				
69 mês placebo	IPCO 0174				
70 mês placebo	IPCO 0175				
71 mês placebo	IPCO 0176				
72 mês placebo	IPCO 0177				
73 mês placebo	IPCO 0178				
74 mês placebo	IPCO 0179				
75 mês placebo	IPCO 0180				
76 mês placebo	IPCO 0181				
77 mês placebo	IPCO 0182				
78 mês placebo	IPCO 0183				
79 mês placebo	IPCO 0184				
80 mês placebo	IPCO 0185				
81 mês placebo	IPCO 0186				
82 mês placebo	IPCO 0187				
83 mês placebo	IPCO 0188				
84 mês placebo	IPCO 0189				
85 mês placebo	IPCO 0190				
86 mês placebo	IPCO 0191				
87 mês placebo	IPCO 0192				
88 mês placebo	IPCO 0193				
89 mês placebo	IPCO 0194				
90 mês placebo	IPCO 0195				
91 mês placebo	IPCO 0196				
92 mês placebo	IPCO 0197				
93 mês placebo	IPCO 0198				
94 mês placebo	IPCO 0199				
95 mês placebo	IPCO 0200				
96 mês placebo	IPCO 0201				
97 mês placebo	IPCO 0202				
98 mês placebo	IPCO 0203				
99 mês placebo	IPCO 0204				
100 mês placebo	IPCO 0205				
101 mês placebo	IPCO 0206				
102 mês placebo	IPCO 0207				
103 mês placebo	IPCO 0208				
104 mês placebo	IPCO 0209				
105 mês placebo	IPCO 0210				
106 mês placebo	IPCO 0211				
107 mês placebo	IPCO 0212				
108 mês placebo	IPCO 0213				
109 mês placebo	IPCO 0214				
110 mês placebo	IPCO 0215				
111 mês placebo	IPCO 0216				
112 mês placebo	IPCO 0217				
113 mês placebo	IPCO 0218				
114 mês placebo	IPCO 0219				
115 mês placebo	IPCO 0220				
116 mês placebo	IPCO 0221				
117 mês placebo	IPCO 0222				
118 mês placebo	IPCO 0223				
119 mês placebo	IPCO 0224				
120 mês placebo	IPCO 0225				
121 mês placebo	IPCO 0226				
122 mês placebo	IPCO 0227				
123 mês placebo	IPCO 0228				
124 mês placebo	IPCO 0229				
125 mês placebo	IPCO 0230				
126 mês placebo	IPCO 0231				
127 mês placebo	IPCO 0232				
128 mês placebo	IPCO 0233				
129 mês placebo	IPCO 0234				
130 mês placebo	IPCO 0235				
131 mês placebo	IPCO 0236				
132 mês placebo	IPCO 0237				
133 mês placebo	IPCO 0238				
134 mês placebo	IPCO 0239				
135 mês placebo	IPCO 0240				
136 mês placebo	IPCO 0241				
137 mês placebo	IPCO 0242				
138 mês placebo	IPCO 0243				
139 mês placebo	IPCO 0244				
140 mês placebo	IPCO 0245				
141 mês placebo	IPCO 0246				
142 mês placebo	IPCO 0247				
143 mês placebo	IPCO 0248				
144 mês placebo	IPCO 0249				
145 mês placebo	IPCO 0250				
146 mês placebo	IPCO 0251				
147 mês placebo	IPCO 0252				
148 mês placebo	IPCO 0253				
149 mês placebo	IPCO 0254				
150 mês placebo	IPCO 0255				
151 mês placebo	IPCO 0256				
152 mês placebo	IPCO 0257				
153 mês placebo	IPCO 0258				
154 mês placebo	IPCO 0259				
155 mês placebo	IPCO 0260				
156 mês placebo	IPCO 0261				
157 mês placebo	IPCO 0262				
158 mês placebo	IPCO 0263				
159 mês placebo	IPCO 0264				
160 mês placebo	IPCO 0265				
161 mês placebo	IPCO 0266				
162 mês placebo	IPCO 0267				
163 mês placebo	IPCO 0268				
164 mês placebo	IPCO 0269				
165 mês placebo	IPCO 0270				
166 mês placebo	IPCO 0271				
167 mês placebo	IPCO 0272				
168 mês placebo	IPCO 0273				
169 mês placebo	IPCO 0274				
170 mês placebo	IPCO 0275				
171 mês placebo	IPCO 0276				
172 mês placebo	IPCO 0277				
173 mês placebo	IPCO 0278				
174 mês placebo	IPCO 0279				
175 mês placebo	IPCO 0280				
176 mês placebo	IPCO 0281				
177 mês placebo	IPCO 0282				
178 mês placebo	IPCO 0283				
179 mês placebo	IPCO 0284				
180 mês placebo	IPCO 0285				
181 mês placebo	IPCO 0286				

ADVERTÊNCIA

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 21/03/19

FRONTEIRÃO

1148469

PACIENTE: LENNAN ZADIM DA SILVA

SEXO:

M

COR:

marrom

IDADE:

30a

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 TO RESPIRAÇÃO: espontânea TEMPERATURA: 36,5°C PESO: 90kg CRESPO RANKIN: 0

ESTADO GERAL: X (BOM) FREQUÊNCIA CARDÍACA: 70min PESO: 90kg FUSCO CIRÚRGICO: 0 FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: 12

EXAMES COMPLEMENTARES: VFM

AP. RESPIRATÓRIO: espontâneo AP. CIRCULATÓRIO: estável

AP. DIGESTIVO: NORMA ESTADO MENTAL: ECG: IS DRENAGEM: cefalofino

PRE-ANESTÉSICO: NORMA TENSÃO: 130/80mmHg

DOSE: HORA: fentanyl 300mcg I

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: fratura maxilar e mandibular

CIRURGIA REALIZADA: Le Fort III - fratura maxilar com levantamento craniovertebral e linkry Open

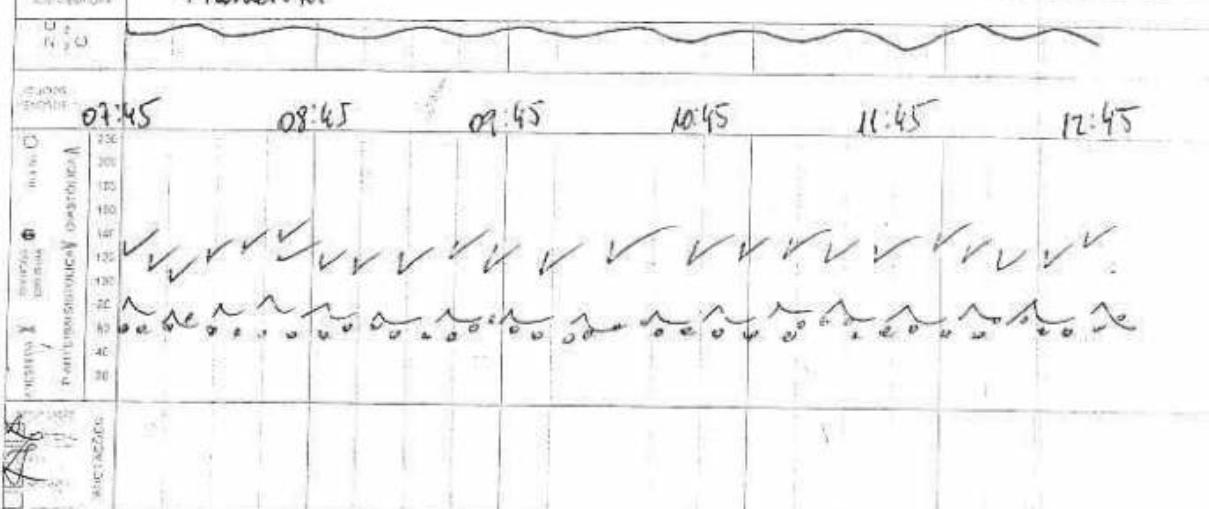
CIRURGO: Dr. Leonardo Wendt AUXILIARES: Kral Dr. Anna Com. Picta mandibular

INÍCIO DA ANESTESIA: 07:45h TERMINO DA ANESTESIA: 13:00h DURAÇÃO DA ANESTESIA: 05:15h

CÓDIGO DO TRATAMENTO: 01 QUANT. DE CH: VAIOTTI: 15

ANESTESISTA: Dr. Daniel + Roberto CFF: 2367

ANESTESE: + Horacio R.



ANESTESIANA  SEDATIVA  TROPICAL  SLOCARICO  FLUOCHEM  OXITOCINA

anestesia geral balanceada

## MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	fentanyl 300mcg	11	desoxine 0,5
2	propofol 100mcg	12	ketamina 50mg
3	etomidato 50mg	13	midazolam 5mg
4	lidocaine 100mg	14	atropina 0,05mg
5	etamine 50mg	15	metoclopramida 5mg
6	cloridrato de rocurônio 150mcg	16	
7	gelato de nogueira 3,5g	17	
8	oxiflurano 0,1 Fr laboratório	18	
9	remifentanil 0,05 BIC	19	
10	cefaotaxime 2g	20	

- (1) monitorização  
 (2) veredura máx 720 mmHg  
 (3) manguito  
 (4) oxímetro (1)+(2)+(3)+(4)+(5)+(6)+(7)  
 (5) wt tubo gramaado 7,5.  
 (6) auxiliar balanceado

Daniel Albuquerque M.D.  
 Anestesiologia  
 Intensiva e Bem Estar  
 CRM-PB 7667





HOSPITAL  
DIOSESIS

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HOSPITAL

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
1-PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL	
2-ANTISEPSIA DO CAMPO OPERATORIO	
3-APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS	
4-INFILTRAÇÃO ANESTÉSICA LOCAL COM VASO CONSTRITOR	
5-ACESSO SUPERCILIAR ESQUERDO, SUBTARSAL ESQUERDO , FUNDO DE SACO VESTIBULO MAXILAR E FUNDO DE SACO VESTIBULO MANDIBULAR	
6-REDUÇÃO DOS COTOS FRATURADOS	
7-OSTEOSSÍTESE UTILIZANDO: 1 Microplaca Reta 4 F Regular+ 1 Microplaca Orbital 6 F cortada para 5 furos + 1 Miniplaca L Esquerda Média + 1 Mini Placa L Direita Regular + 1 Miniplaca Reta 4 F Média +1 Miniplaca Reta 6 F Longa + 4 Parafuso AutoRoscante 2.0x5.0 + 6 Parafuso AutoRoscante 2.0x7.0 + 5 Parafuso AutoRoscante 2.0x9.0 + 2 Parafuso AutoRoscante 2.0x9.0 ( perdido ) + 1 Parafuso AutoRoscante 2.0x7.0 + 8 Parafuso Auto Roscante 1.5x5.0	
Conduta:	
8- SUTURA POR PLANOS ANATOMICO	
9- CIRURGIA REALIZADA SEM INTERCORRENCIAS	
10- PACIENTE ENCAMINHADO A URPA AOS CUIDADOS DO ANESTESISTA	
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:

Dr. Leonardo Monteiro Carvalho  
Cirurgião Dentista Maxilo Facial  
CRM-PB 1289

João Pessoa,

21/03/2019





**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Peçanha Cima, 228 - Jardim João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

MATRÍCULA
67348130
REFERÊNCIA
JUN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MANUEL SABINO DA SILVA  
RUA PAULO ANTONIO B PORTELA, 244 - GRAMAME JOAO  
PESSOA PB 58067- 242

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Balanço	Gessoal	Indireto	Reta
001.092.690.0351.000	000	0	1	0	0
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
A00X163508	29/11/2001	JARDIM	LIGADO	POTENCIAL	

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA  
1434 22 30 30/06/2019

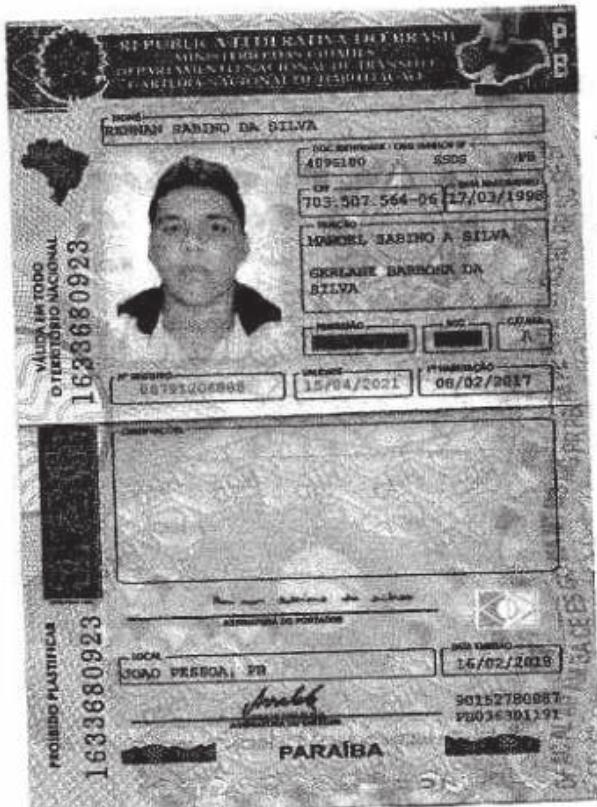
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 NS.

MES/2019	22	8	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
ABR/2019	22	8	TURBIDEZ	268	284	282
MAR/2019	22	8	CLORO	268	284	284
FEV/2019	22	8	COL. TERNOT	0	0	0
JAN/2019	22	4	COR	73	102	101
DEZ/2018	22	1	COL.TOTAIS	268	284	284
MEDIA(m)	22		DADOS REFERENTES A: ABR/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 01/06/2019		HORA DA IMPRESSÃO: 10:19:49	
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA			
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 m³ - R\$ 67,65 POR UNIDADE	10 m³	67,65	
ACIMA DE 10 m³ - R\$ 11,72 POR m³	12 m³	140,64	
ESGOTO			
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 03/2019		4,19	
JUROS DE MORA 03/2019		1,71	
FATURAS EM ATRASO			
REF 201905	213,83		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 19,27 PIS E CONFINS-LEI 17.741/12  
VENCIMENTO: 15/07/2019 Total a Pagar: R\$ 214,19

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDICÃO DO FATURAMENTO: MEDIA DO HIDRONE TIPO DE TARIFA: 1  
ANORMALIDADE: HIDROMETRO SOTERRADO  
INFORMAÇÕES GERAIS:  
#CHEGADETRABALHOINTEGRAL





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
L A C R E O 0 0 3 8 2 2 0 0	DETAN - PB N° 014799146153 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO PRT 2019000234604-7 COR: RENAN R. DA SILVA - EXPEDIDOR 1 0053204173-9 00/00000000 2019
NOME MANUEL SABINO DA SILVA	
02366268416 OFY5144/PB	
PLACA/ANF - NOVO	UF - PB CHASSIS - 9C2KD0550DR357341
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	CONSUMITVEL ALCO/GASOL
MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES	ANO FAB. /ANO MOD. 2013 / 2013
2 P/149 /CI PARTIC	COR ATUALMENTE PRETA
I P V A	COTA UNICA 00/00/0000 1 <sup>o</sup> TAXA SEM 0 <sup>o</sup> AUMENTO / COTAS 2 <sup>o</sup> ***** 0 3 <sup>o</sup>
PRÉMIO TARIFÁRIO **** 3661 SEGURO DPVAT 03/06/2019	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATÓRIO NAO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA	
JOAO PESSOA - PR 49435	DATA 03/06/2019 20851
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.348.602/0001-04 20851-1353237-20190603	

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 03/06/2019

VIA 1 OFY5144/PB PLACA OFY5144/PB

MARCA / MODELO 00532041739 HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2013 CÓD. DEP. 9 NC/CHASSIS 9C2KD0550DR357341

PRÉMIO TARIFÁRIO  
TBS (R\$) \*\*\*\*\* VENATOS (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*  
CUSTO DO SEGURO (R\$) 10 - 100 SEGURO PAGO  
\*\*\*\*\* PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 03/06/2019

S COTA UNICA PAGO ELADO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:56:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311561517600000035706664>  
 Número do documento: 20120311561517600000035706664

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190405143      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENNAN SABINO DA SILVA      **Data do acidente:** 11/03/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO LEVE.  
FRATURA DE OSSOS DA FACE (PARASSÍNFISE MANDIBULAR + LEFEORT III).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 5,9,13,16.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS EM GRAU LEVE.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190405143      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENNAN SABINO DA SILVA      **Data do acidente:** 11/03/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO LEVE.  
FRATURA DE OSSOS DA FACE (PARASSÍNFISE MANDIBULAR + LEFEORT III).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 5,9,13,16.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS EM GRAU LEVE.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: RENNAN SABINO DA SILVA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO  
Profissão: BALCONISTA  
Identidade: 409180 CPF: 703 507 564-06  
Endereço: \_\_\_\_\_

### OUTORGADO:

Nome: ANÍSIO FRANCISCO LIRA NEGO  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO  
Profissão: ADVOGADO  
Identidade: 22502714 CPF: 037-745 884-48  
Endereço: R. JANAÍNA BATISTA REBECA DE CARVALHO, 42



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

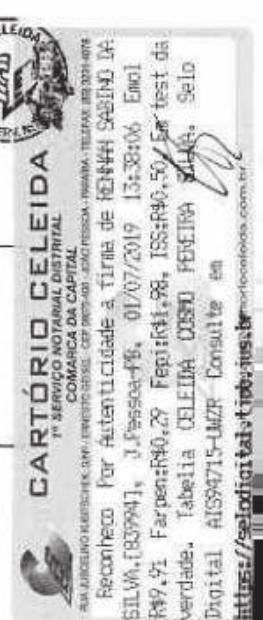
Renan Sabino da Silva

Local e data

João Pessoa - PB 01/07/19



Renan Sabino da Silva  
Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220326/19

Número do Sinistro: 3190405143

Vítima: RENNAN SABINO DA SILVA

CPF: 703.507.564-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/03/2019

Titular do CPF: RENNAN SABINO DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

### 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: 03/07/2019  
Nome: ANISIO FRANCISCO LIRA NETO  
CPF: 037.745.984-44

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

ANISIO FRANCISCO LIRA NETO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:56:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311561517600000035706664>  
Número do documento: 20120311561517600000035706664

Num. 37422282 - Pág. 33

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220326/19

**Vítima:** RENNAN SABINO DA SILVA

**CPF:** 703.507.564-06

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/03/2019

**Titular do CPF:** RENNAN SABINO DA SILVA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA 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

#### ANISIO FRANCISCO LIRA NETO : 037.745.984-44

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

#### RENNAN SABINO DA SILVA : 703.507.564-06

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: 01/07/2019  
Nome: ANISIO FRANCISCO LIRA NETO  
CPF: 037.745.984-44

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

ANISIO FRANCISCO LIRA NETO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:56:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311561517600000035706664>  
Número do documento: 20120311561517600000035706664

Num. 37422282 - Pág. 34

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190405143      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENNAN SABINO DA SILVA      **Data do acidente:** 11/03/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO LEVE.  
FRATURA DE OSSOS DA FACE (PARASSÍNFISE MANDIBULAR + LEFEORT III).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 5,9,13,16.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS EM GRAU LEVE.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08483062320198152001

BRADESCO SEGUROS 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 RENNAN SABINO DA SILVA, em trâmite perante este Duto 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, qual seja **R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

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 a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, 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,

JOAO PESSOA, 1 de dezembro 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 - 03/12/2020 11:56:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311561558700000035706668>  
Número do documento: 20120311561558700000035706668

Num. 37422286 - Pág. 1

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 - 03/12/2020 11:56:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311561558700000035706668>  
Número do documento: 20120311561558700000035706668

Num. 37422286 - Pág. 2