



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	
RENNAN SABINO DA SILVA (AUTOR)		Rosangelo Xavier do Nascimento (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37422 280	03/12/2020 11:56	<a href="#">Petição</a>	Petição
37422 282	03/12/2020 11:56	<a href="#">2650046_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
37422 286	03/12/2020 11:56	<a href="#">2650046_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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, contatos 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,

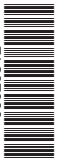
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14506445

Pag. 00683/00684 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020342



# 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: **703.507.564-06** Nome completo da vítima: **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: **703.507.564-06**  
Profissão: **BALCONISTA** Endereço: **R. PAULO ANTONIO B. POETEIA** Número: **244** Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: **GRAMAME** Cidade: **JOÃO PESSOA** Estado: **PB** CEP: **58067-242**  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**RENTA MENSAL:**  
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: **1456** CONTA: **17556** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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;  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do 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: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, 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 por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_ Local e Data: **João Pessoa - PB 04/07/19**  
Nome: \_\_\_\_\_ 1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
**X Renman Sabino da Silva**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.







**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 Araújo 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 Gerlane 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:**

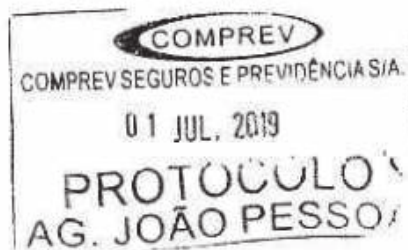
QUE segundo o notificante relata que trafegava com a motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES / ANO E MODELO 2013, de cor preta, placa: OFY 5144/PB, Chassi nº 9C2D055OD357341, registrado em nome de Manoel Sabino da Silva, pai do notificante; QUE seguia normalmente quando um animal (cavalo) 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 27 de junho de 2019.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
RENNAN SABINO DA SILVA  
Notificante



Procedimento Policial: 07088.01.2019.1.00.401





# 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: **703.507.564-06** Nome completo da vítima: **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: **703.507.564-06**

Profissão: **BALCONISTA** Endereço: **R. PAULO ANTONIO B. POMTELA** Número: **244** Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: **GRAMAME** Cidade: **JOÃO PESSOA** Estado: **PB** CEP: **53067-242**

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**RENDA MENSAL:**  
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: **1456** CONTA: **17556** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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;  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do 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: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, 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 por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_ Local e Data: **João Pessoa - PB 04/07/19**  
Nome: \_\_\_\_\_ 1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**X Renman Sabino da Silva**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FDC Nº 1 V001/2018





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

## DECLARAÇÃO

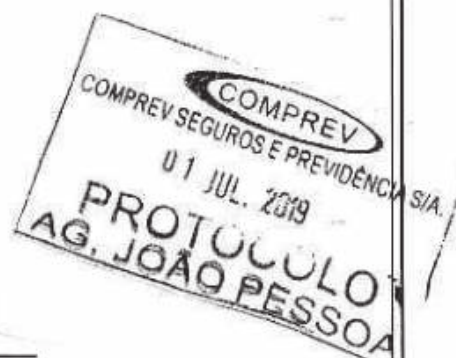
O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 904/043, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2376651, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **RENNAN SABINO DA SILVA** 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/Sª Região: 10111

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



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



# 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





\* CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICIOS

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

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Bastidor	Conexão	Isolado	Fusão	
001.092.690.0351.000		000	0	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
A00 X 163508	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.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
HAI/2019	22	8	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
ABR/2019	22	8	TURBIDEZ	268	284	282	
MAR/2019	22	8	COLORO	268	284	284	
FEV/2019	22	8	COL.TERHOT	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

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 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\$ 29,27 PIS E CONFINS-LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	15/04/2019	Total a Pagar:	R\$ 214,19
-------------	------------	----------------	------------

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIDRÔMETRO TIPO DE TARIFA: 1  
ANORMALIDADE: HIDRÔMETRO SOTERRADO  
INFORMAÇÕES GERAIS:  
HIDRÔMETRO EM MANUTENÇÃO

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

163680923

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome

**ROMAN SABINO DA SILVA**

RG: 4096180

SSDS: 5505

UF: PB

CPF

**703.507.554-06**

17/03/1998

Foto



Nome

**ROMAN SABINO A SILVA**

Nome

**GERALDO BARBOSA DA SILVA**

Assinatura



RG

**4096180**

CPF

**703.507.554-06**

Assinatura



Nº Registro

**04791206808**

Vencimento

**15/04/2021**

Validade

**06/02/2017**

Assinatura do titular

Assinatura do portador

Local

**JOÃO PESSOA, PB**

Data Emissão

**16/02/2018**

Assinatura do titular



Assinatura do portador

**90152780087**

**P0036301191**

Assinatura do titular



**PARAÍBA**

Assinatura do portador



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
01 JUL. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Almeida, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
PREENHA ESTE FORMULÁRIO  
MATRÍCULA

67346502

REFERÊNCIA  
JUN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residência	Comércio	Indústria	Outro	
001.092.640/0037/000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	POTENCIAL	
YISN406017	30/10/2015	JARDIM LINDO				
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
734	23	30	30	30/06/2019		
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT. 05/2017 MS.		
MAI/2019	24	60	PARÂMETROS	EXIG. ANALIS.	CONFORMES	
ABR/2019	26	60	TURBIDEZ	268	284	282
MAR/2019	24	60	CLORO	268	284	284
FEV/2019	23	60	COL. TERMO	0	0	0
JAN/2019	21	60	COR	73	102	101
DEZ/2018	20	60	COL. TOTAIS	268	284	284
MEDIA(H)	23					

DADOS REFERENTES A: ABR/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 01/06/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 11:51:26

DESCRIÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3

ESGOTO

FATURAS EM ATRASO

REF 201904 127,99

REF 201905 118,05

CONSUMO

TOTAL(R\$)

10 M3	37,91
10 M3	48,90
3 M3	19,35

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS - R\$ 9,83 ITC E CONFIN. LET. 37.741/12

VENCIMENTO:

15/06/2019

Total a Pagar:

R\$ 106,16



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIDRONE TIPO DE TARIFA: 1

ANORMALIDADE: CASA FECHADA

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 01/05/2019, REGISTRAMOS QUE V.S.A. ESTAVA EM DÚBIA  
O. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA  
PAGO A 275 A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.**CAGEPA**

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
67346502	JUN/2019	15/06/2019	R\$ 106,16

82600000001 6 06160010001 2 06734650201 5 06201950003 2







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

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 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 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANISIO FRANCISCO LIRA NETO

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 INVALIDEZ 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. JOÃO BATISTA TEIXEIRA DE CARVALHO</u>	Número: <u>42</u>	Complemento:
Bairro: <u>GRAMAME</u>	Cidade: <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>ANISIOJURIDICO@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>58067-210</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 98833-4286</u>

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

x Rennan Sabino da Silva  
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017







## 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 (Invidoria): 0800 021 91 35

Eu, MANUEL SABINO DA SILVA  
RG nº 2001993, data de expedição 1/1/  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 023.662.684-16  
com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de  
PARANÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R: PAULO ANTONIO B. BOMELA, 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 ABS Ano: 2013  
Placa: DFY-5144 Chassi: 962KDD550DR357341  
Data do Acidente: 11/03/19



Local e Data:

João Pessoa - PB 01/07/19

Manuel Sabino da Silva

Assinatura do Declarante

Rennan 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

RAI: ARCELINO HUBRICH; S/N: ERNESTO SOBEL; CEP: 58075-000 - JOÃO PESSOA - PARANÁ - TELEFAX: (41) 3001-4078

Reconheço Por Semelhança a firma de MANUEL SABINO DA

SILVA, [12376], J. Pessoa-PB, 01/07/2019 13:38:57 Emol

R\$9,91 Farpent:R\$0,29 Fepi:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test da

verdade. Tabela CELEIDA CDSND PEREIRA SILVA. Selo

Digital AIS94716-HOK Consulte em

<https://selodigital.vtiob.jus.br>

<http://www.cartorioceleida.com.br>





## 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 uperciliar 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

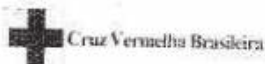
DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO C. B. B. E. T. S. H.  
CRM - 2516

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.







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - 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 Solteiro
Mãe GERLADA BARBOSA DA SILVA	Pai MANOEL SABINO DA SILVA	Responsável (Parentesco) A MAE - MAE
Escolaridade	DDD Móvel 83	DDD Fixo
Fone Móvel 99417660	Fone Fixo	Nº Cns 700407497144546
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4096180	UF PB
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BAIRRO	CEBR
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	

### 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 1000007266286	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica
---------------------------------	---------

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	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

### Exames complementares

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

### Dados Clínicos

Paciente Vitima de Trauma, apresentando ingestão de Alcool, escoriações em face, com lacerações e corte contuso em coxa esquerda e dor.

### Diagnóstico

Atendido por  
ILMA VIEIRA DA SILVA

Imprimir

Tempo  
03min

Emeraldina Lima de Sousa  
COREN-PB 257268-ENF

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 <b>1148459</b>	Data/Hora Entrada <b>11/03/2019 22:30:54</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>17/03/1998</b>	Idade <b>20a 11m 23d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700407497144546</b>	Telefone de Contato <b>(83) 99417680</b>
Mãe <b>GERLADA BARBOSA DA SILVA</b>				Prontuário
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

Eti. EMPO

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

CD:

1-AVALIAÇÃO

2-SUTURA

3-ODONTOSINTESE

4-ORIENTAÇÕES

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

**DIETA**

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: LÍQUIDA 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)

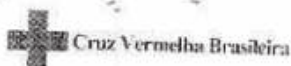
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H

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





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 <b>RENNAN SABINO DA SILVA</b>		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
Mãe <b>GERLADA BARBOSA DA SILVA</b>		Prontuário		
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>JUAREZ SILVESTRE NETO</b>	Nº Cons. Regional <b>11302/PB</b>	
Data/Hora Classificação 11/03/2019 22:30:54		Data/Hora Prescrição 12/03/2019 01:20:19		
<b>Anamnese</b>				
#CIRURGIA GERAL				
PACIENTE SEM QUEIXAS QUE COMPETEM A CIRURGIA GERAL, AVALIO EXAMES DE IMAGEM, SEM ALTERAÇÕES				
CD: 1-ALTA DA CIRURGIA GERAL				
<b>CID10</b>				
Código	Descrição			
T14.9	Traumatismo não especificado			
<b>Conduta</b>				
Em observação				

Dr. Juarez Silvestre  
Medicina do Trabalho  
Médico Auditor  
CRM-PB 11302  
CPF: 032.993.054-73

RENNAN SABINO DA SILVA

JUAREZ SILVESTRE NETO  
(CRM: 11302/PB)

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

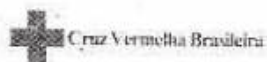


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:56:15

<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

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, 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 17/03/1998	Idade 20a 11m 23d	Sexo Masculino	CNS 700407497144546
Mãe <b>GERLADA BARBOSA 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 4072/
Data/Hora Classificação 11/03/2019 22:30:54		Data/Hora Prescrição 11/03/2019 23:35:10	

### Anamnese

#BMF#

PACIENTE VÍTIMA ACIDENTE MOTOCICLISTICO, 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 HÁ 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 SINFISE, CREPITAÇÃO E MOBILIDADE EM MAXILA. EPISTAXE, EDEMA E ABRASÃO EM REGIÃO MASSETÉICA DIREITA. SINAIS CLÍNICOS SUGESTIVOS DE FRATURA DE SINFISE 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 ODONTOSSÍNTESE EM MANDÍBULA;
- 5 - OBSERVAÇÃO BMF.

### EXAME DE IMAGEM

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

### Conduta

Em observação

RENNAN SABINO DA SILVA

*Autran da Nobrega Alves*  
AUTRAN DA NOBREGA ALVES  
CBO: 4072  
(: 4072/)

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

6.0.6-8080/cvb/pages/prescricao.do?control=78

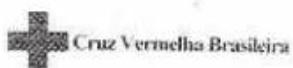
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:56:15

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

Número do documento: 20120311561517600000035706664

Num. 37422282 - Pág. 15





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>RENNAN SABINO DA SILVA</b>		BAE <b>1148469</b>	Data/Hora Entrada <b>11/03/2019 22:30:54</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>17/03/1998</b>	Idade <b>20a 11m 23d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700407497144545</b>	Telefone de Contato <b>(83) 99417680</b>
Mãe <b>GERLADA BARBOSA DA SILVA</b>				Prontuário
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>LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO</b>		Nº Cons. Regional <b>4687/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>11/03/2019 22:30:54</b>		Data/Hora Prescrição <b>12/03/2019 01:20:29</b>		
<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 UROCIRÚRGICAS. CD.: LIBERO DA NEUROCIRURGIA PARA PROCEDIMENTO BUCOMAXILOFACIAL.				
<b>Conduta</b> Em observação				

RENNAN SABINO DA SILVA

LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO  
(CRM: 4587/PB)

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



**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 17/03/1998	Idade 20a 11m 23d	Sexo Masculino	CNS 700407497144546	Telefone de Contato (83) 99417680
Mãe <b>GERLADA BARBOSA DA SILVA</b>				Prontuário
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 6311/
Data/Hora Classificação 11/03/2019 22:30:54		Data/Hora Prescrição 11/03/2019 22:56:20		

**Anamnese**

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

A) VIAS AÉREAS PÉRVIAS COM COLAR CERVICAL E SEM DOR OU CREPTAÇÕES A PALPAÇÃO DA COLUMNA CERVICAL

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**

1) SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTSM)

2) TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 250,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE BACIA

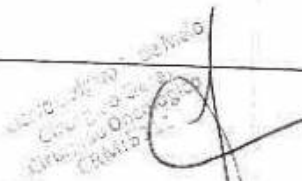
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

**CID10**

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

**Conduta**

Em observação



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

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO  
(CRM: 6311/)

Dilúir

**CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H**

**SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H**

Diluir

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 30°

SSVV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

## EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

**CREATININA**

**GLICOSE**

HE GRAMA COMPLETO

TG↓ (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

**UREIA**

### Conduta

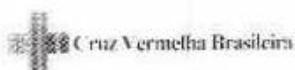
Internar Paciente

RENNAN SABINO DA SILVA

Autran da M. Rega Alves  
BUZO-MAXILO-FACIAL  
AUTRAN D'AMOREGA ALVES  
(: 4072)







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - 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>700407497144546</b>
Tempo de Internação <b>9d 4h 25min</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>9d 14h 38min</b>	Permanência no Leito: <b>4d 17h 4min</b>

## EVOLUÇÃO MEDICA (LEONARDO ROCHA MENDES CAMPOS - 21/03/2019 13:06:48)

### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

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

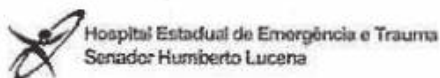
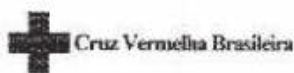
Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 005

Profissional responsável pela informação: LEONARDO ROCHA MENDES CAMPOS

Número Conselho: 3269

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





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 MEDICA (RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU - 17/03/2019 10:19:20)

#### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#### BMF

Paciente vítima de acidente motociclístico 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: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 005

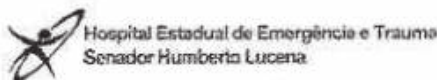
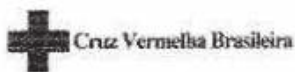
Profissional responsável pela informação: RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU

Número Conselho: 3777

*[Assinatura manuscrita]*  
Dr. Rodolfo Torres Soares Boulitreau







AV. ORESTES LISBOA, S/n - 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 <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>
Tempo de Internação <b>4d 1h 35min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	Prontuário <b>114524</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>4d 11h 48min</b>	Permanência no Leito: <b>4d 1h 35min</b>

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

##### EVOLUÇÃO

###### PROCEDIMENTO

###### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

###### BMF

Paciente vítima de acidente motociclistico 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-orbitaria 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: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU

Número Conselho: 3777

*[Assinatura]*  
RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU  
CRM-PB 3717





SUS

Sistema  
União da  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha  
1/2

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEETSHZ

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETSHZ

21/03/19

3 - Cnes

4 - Cnes

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Ramon sagiro da silva

6 - Nº DO PROCT (AMR)

1148465

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒ 1Feminino ☐ 2

10 - NOME DA MÃE (ou RESPONSÁVEL)

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (rua nº, bairro)

DDD

13 - CID - CID-10 PRINCIPAL

14 - CID - CID-10 SECUNDÁRIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) ANTERIOR

19 - CID DO PROCEDIMENTO ANTERIOR

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) MUDANÇA

21 - CID DO PROCEDIMENTO MUDANÇA

22 - CID-10 PRINCIPAL

23 - CID-10 SECUNDÁRIO

24 - CID-10 TERCÁRIO

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

26 - CID DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

## DESCRIÇÃO DO PRODUTO

QUANTIDADE UTILIZADA

DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO

1 - DENTISTAS 2 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 3 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 4 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 5 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 6 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 7 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 8 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 9 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 10 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 11 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 12 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 13 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 14 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 15 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 16 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 17 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 18 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 19 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 20 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 21 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 22 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 23 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 24 - 24 F. 120000

30 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL - 010000

31 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL - 110000

32 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL - 210000

33 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL - 310000

## DISPENSACAO - CME

## DESCRIÇÃO DO PRODUTO

1 - DENTISTAS 2 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 3 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 4 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 5 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 6 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 7 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 8 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 9 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 10 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 11 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 12 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 13 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 14 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 15 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 16 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 17 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 18 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 19 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 20 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 21 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 22 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 23 - 24 F. 120000  
1 - DENTISTAS 24 - 24 F. 120000

Dr. Leonardo Mendes Campos  
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial  
e Odontologista  
CRO-PB 3269

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

43 - CONDIÇÃO EMISSOR

44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO RESPONSÁVEL

46 - NÚMERO DO DOCUMENTO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)







INSTITUIÇÃO  
MAGALHÃES

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

ALFABETIZADO

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	

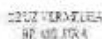
ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NAO  
DESCRIÇÃO:         
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:       

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA  
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: Dr. Leonardo Mendes Campos DATA: 21/03/2019  
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial  
e Implantodontista  
CRO-PB 3269





天

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

[illegible]







© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

Dr. Leonardo Mendes Campos  
Cirurgião Bucal, Maxilo-Facial  
e Implantodontista  
CRO-PB 3269

21/03/2019



MATRICULA
67348130
REFERENCIA
JUN/2019

\* CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS

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

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsível
001.092.690.0351.000		040	Sanitário	Comercial	Industrial	Residencial	
			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.   QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
HAI/2019	22	8	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
ABR/2019	22	8	TURBIDEZ	268	284	282	
MAR/2019	22	8	COLORO	268	284	284	
FEV/2019	22	8	COL.TERMOT	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

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 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\$ 29,27 PIS E CONFINS-LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	15/04/2019	Total a Pagar:	R\$ 214,19
-------------	------------	----------------	------------

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HÍDRONE TIPO DE TARIFA: 1  
ANORMALIDADE: HÍDRONETRO SOTERRADO  
INFORMAÇÕES GERAIS:  
HÍDRONETRO SOTERRADO

[illegible]

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
01 JUL. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PB** Nº **014799146153**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**  
PRT 20190000254604-7

VIA 1 0053204173-9 00/00000000 2019

NOME **MANUEL SABINO DA SILVA**

02366268416 OFY5144/PB

PLACA ANT / UF **NOVO PB 9C2KD0550DR357341**

VEICULO **PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC** COMBUSTIVEL **ALCO/GASOL**

MARCA/MODELO **HONDA/NXR150 BROS ES** ANO FAB **2013** ANO MOD **2013**

CAP / POT / CIL **2 P/149 /CI** CATEGORIA **PARTIC** COR / ADELANTANTE **PRETA**

DATA ÚNICA **00/00/0000** 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) **0** PREMIO TOTAL (R\$) **0** DATA DO PAGAMENTO **03/06/2019**

**SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO**  
**NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA**

**JOAO PESSOA - PB** DATA **03/06/2019**

49435 20851

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT**

**PB Nº 014799146153 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**  
**www.seguradoralider.com.br**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

EXERCÍCIO **2019** DATA EMISSÃO **03/06/2019**

VIA 1 02366268416 OFY5144/PB

00532041739 HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB **2013** CO. DIR. **9** 9C2KD0550DR357341

**PRÊMIO TARIFARIO**

TAB (R\$) **\*\*\*\*\*** DONATARIO (R\$) **\*\*\*\*\*** CUSTO DO SEGURO (R\$) **\*\*\*\*\***

CUSTO DO BILHETE (R\$) **\*\*\*\*\*** ID (R\$) **\*\*\*\*\*** DATA DE VIGÊNCIA DO SEGURO (R\$) **\*\*\*\*\***

**SEGURO PAGO**

PAGAMENTO **DATA DE QUITAÇÃO**  
**03/06/2019**

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 08.246.602/0001-04

20851-1353237-20190603



## 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
Total			25 %	R\$ 3.375,00





## 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
Total			25 %	R\$ 3.375,00







## 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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENNAN SABINO DA SILVA

### 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

ANISIO FRANCISCO LIRA NETO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220326/19

**Vítima:** RENNAN SABINO DA SILVA

**CPF:** 703.507.564-06

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

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

**CPF de:** Próprio

### 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





## 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
Total			25 %	R\$ 3.375,00





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 Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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





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