

# Menezes & Rodrigues Associados

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA

### OUTORGANTE:

GIVANILSON NUNES DA SILVA, brasileiro, solteiro, desempregado, inscrito no CPF nº 110.627.554-30 e RG 3.948.681 SSDS/PB residente e domiciliado na Sítio Tavares, s/n, Zona Rural.

**OUTORGADO: THIAGO JOSÉ MENEZES CARDOSO**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/PB 19.496, **Thais Emmanuelle Menezes Cardoso**, brasileira, divorciada, Estagiária inscrita na OAB/PB 11.619- E, inscrita no CPF 056.331.454-02 e ambos com endereço profissional na Rua Ana Gama e Melo, 163, Mangabeira I, CEP 58055-510, FONE/FAX (83) 3566-0339, João Pessoa/PB, onde receberá as notificações e intimações de estilo.

### PODERES:

Poderes da cláusula “ad judicium et extra”, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro geral, conforme estabelecido no art. 105 do CPC, e os especiais para requerer assistência judiciária gratuita, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos os atos perante repartições públicas federais, estaduais e municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais.

Em remuneração aos serviços profissionais supracitados, pagarei aos advogados outorgados, ou a quem legalmente os substituir, quantia equivalente a 30% (trinta por cento) sobre o valor apurado na condenação, sendo devido somente no caso de procedência da ação, ou realização de acordo judicial ou extrajudicial, ficando desde logo autorizada à retenção na ocasião do pagamento, mediante dedução da quantia que vier a receber ou for depositada em conta do outorgante, em favor dos advogados contratados (art. 22, Parágrafo 4º da Lei 8.906/94), ficando ainda, esclarecido ser devido independentemente da condenação em honorários de sucumbência, que pertence exclusivamente ao advogado.

Rio Tinto, 30 de dezembro de 2019.  
Givanilson Nunes da Silva

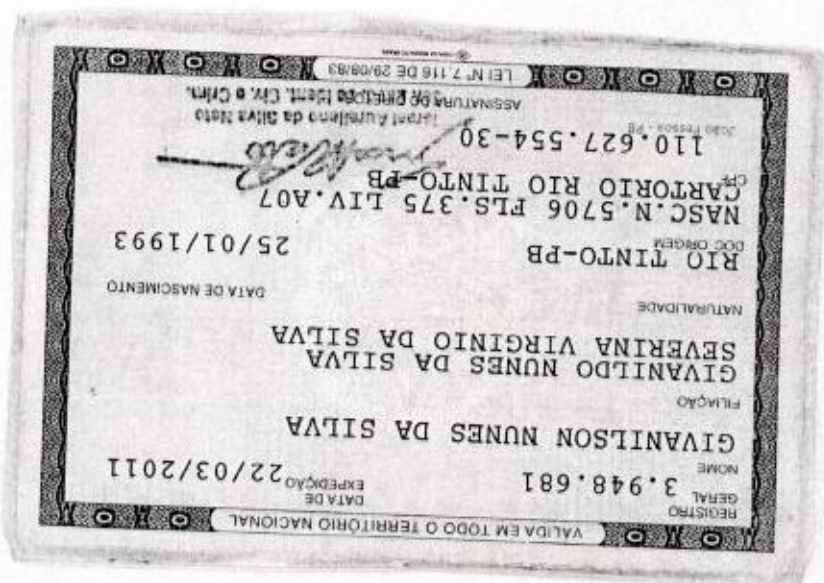
OUTORGANTE

## ADVOCACIA E CONSULTORIA

Rua Ana Gama e Melo, s/n, Mangabeira, João Pessoa-PB

Fone: (83) 3566-0339  
dibs.jp@gmail.com  
thiago.jurista@gmail.com









**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00224.01.2018.1.02.011**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00224.01.2018.1.02.011, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:05 horas do dia 14 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 11ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Nélcio Carneiro dos Santos, matrícula 1357280, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Givanilson Nunes da Silva**, CPF nº 110.627.554-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro (a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Severina Virginio da Silva e Givanildo Nunes da Silva, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 24/01/1993 (25 anos de idade), residente e domiciliado (a) no(a) Sítio Tavares, Nº s/nº, complemento casa, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Rio Tinto/PB, telefone(s) para contato (83) 99326-4566.

**Dados do(s) Fatos:**


Local: Sítio Tavares, Próximo a Sua Residência, nº s/nº, Casa, Zona Rural, Rio Tinto/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 19/06/16 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

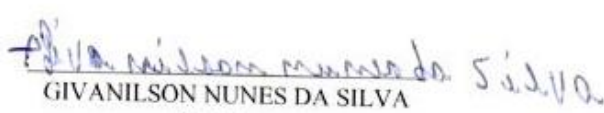
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS DE COR VERMELHA, DE PLACA OEV-2108-PB, CHASSI Nº 9C2JCH110BR801255, NOME DE ARISTOTELES FERNANDES DE ALBUQUERQUE, AO ULTRAPASSAR O QUEBRA MOLAS PRÓXIMO A CASA DE SEU RAIMUNDO, PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE MAMANGUAPE, E LOGO APÓS FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA NESTA CAPITAL CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA CRM PB 2329, DATADO DE 31/10/2016.

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, 14 de agosto de 2018.

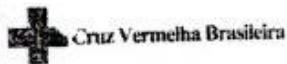
  
CLEODON FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigação

  
GIVANILSON NUNES DA SILVA  
Noticiante

Procedimento Policial: 00224.01.2018.1.02.011



MX + TC + USG



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 928175



### Identificação do paciente

ID 1049963	Nome GIVANILSON NUNES DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 25/01/1993	Idade 23 anos 4 meses 25 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe SEVERINA VIRGINIO DA SILVA	Prontuário		
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) JOSENEIDE VIRGINIO - IRMAO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991382399	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3948681	Nº Cns	
Local de procedência RIO TINTO	Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade RIO TINTO	CBO/R	

### Endereço

CEP 58297000	Município de residência RIO TINTO	UF PB	Logradouro TAVARES
Número SN	Complemento	Bairro ZOA RURAL	

### Admissão

Data e hora 19/06/2016 20:43:12	Número da pulseira 4674008	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA DE UM NIVEL A OUTRO

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	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

TOMOGRAFIA	
CRANIO + FACE	
DATA: 19/06/16	

### Diagnóstico

Atendido por FELIX GONCALVES DE MEDEIROS FILHO	Tempo 02min 42seg
---	----------------------

Imprimir



19.06.2016 Neuro  
21:50h

TCE

Queixa motor

Glasgow (15)

Pupilas Is

Sem deficit

E cénio Normal

2  
anota:

Bitcha

Acta Neurol

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota  
Neurocirurgia  
CRM-PB: 6800







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	GIVANILSON NUNES DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	25/01/93
NOME DA MÃE	SEVERINA VIRGINIO DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	928.175
DATA DO ATENDIMENTO	19/06/16
HORA DO ATENDIMENTO	20:43
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTOS MÚLTIPLOS NA FACE E NO COURO CABELUDO
CID 10	S01.7 + S01.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma na face, com edema e ferimentos corto-contusos. Pupilas fotorreagentes e isocóricas. Presença também de ferimentos múltiplos no couro cabeludo. TC de face: sem fraturas.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia do abdomen total  
RX de coluna cervical P  
RX de torax AP  
RX de bacia AP

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Aspectos normais.

### TRATAMENTO:

Suturas dos ferimentos na cabeça.

ALTA HOSPITALAR:	20/06/16
DATA DA EMISSÃO:	31/10/16

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



# Primeiro Atendimento Médico

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO



4674808  
GIVANILSON NUNES DA SILVA BE: 928175  
DT. NASC.: 26/01/1993  
MRE: SEVERINA VIRGINIO DA SILVA

END.: TAVARES  
N. SN - ZONA RURAL  
RIO TINTO  
FONE: ( )  
CELULAR: (03) 991382399  
IDADE: 23  
DT. ENTRADA: 19/06/2016 20:43:12

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

### DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

- VITIMA DE ACIDENTO DE MOTO. SEM CINTA DE SEGURANÇA.  
- LACERAÇÃO DE 2 CM NA REGIÃO DE COTOVELO DA MÃO ESQUERDA.  
- LACERAÇÃO DE 2 CM NA REGIÃO DE COTOVELO DA MÃO DIREITA.  
- LACERAÇÃO DE 2 CM NA REGIÃO DE COTOVELO DA MÃO ESQUERDA.  
- LACERAÇÃO DE 2 CM NA REGIÃO DE COTOVELO DA MÃO DIREITA.  
- LACERAÇÃO DE 2 CM NA REGIÃO DE COTOVELO DA MÃO ESQUERDA.  
- LACERAÇÃO DE 2 CM NA REGIÃO DE COTOVELO DA MÃO DIREITA.

**Alberto Barros Araújo**  
Médico Residente - Cirurgia Geral  
CRM-PB 10295

### EXAME PRIMÁRIO

**VIAS**  
AÉREAS ☒ PÉRVIAS ( ) Obstruídas  
CERVICAL IMOBILIZADA: ( ) Sim ☒ NÃO  
**VENTILAÇÃO:**  
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ( ) NÃO  
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade  
( ) Com dificuldade

( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA  
( ) APNÉIA

### AUSCULTA PULMONAR:

#### 1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente  
HTE: ☒ Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente

#### 2- RUÍDOS

( ) Sim  
( ) Não  
HTD: Roncos  
Sibilos  
Estertores  
HTE: Roncos  
Sibilos  
Estertores

FR: \_\_\_\_\_ imp SaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %

### CIRCULAÇÃO

**COR DA PELE:** ☒ Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica  
( ) Pletórica ( ) Ictérica  
**TEMPERATURA DA PELE**  
**PULSO** ☒ Normal ( ) Quente ( ) Fria  
☒ Normal ( ) Aumentado  
( ) Fino ( ) Ausente

### AUSCULTA CARDÍACA

**RÍTIMO** ☒ Regular ( ) Irregular ( ) Ausente  
**BULHAS** ☒ Normotonéticas ( ) Hipofonéticas  
( ) Hipofonéticas ( ) Ausente  
( ) Presente ( ) Ausente  
**SOPRO** ( ) Sim ( ) Não  
**BE OU B4** ( ) Sim ( ) Não

FC: 97 bpm PA: 110 x 80 mmHg T: \_\_\_\_\_ °C

ECG: NORMAL

### ABDOMEN:

ABDOMEN MOLE  
SEM SINAIS DE  
IRITAÇÃO PERITONEAL

### DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas (diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow: 15

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: <u>15</u>					









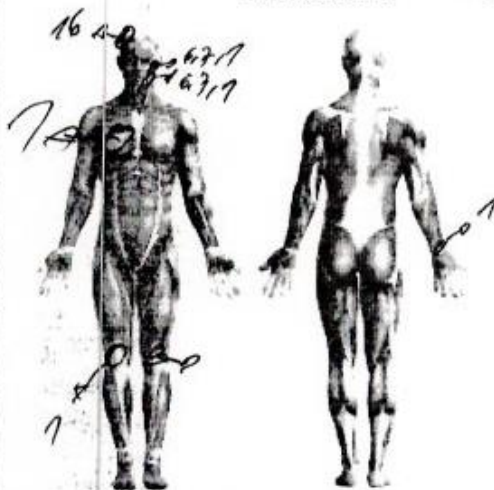


## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS: ☒ Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
 IMUNIZAÇÃO: ☒ Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
 PATOLOGIA: ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
 ALIMENTOS INGERIDOS: ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_

## LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão              | 19 Fratura Óssea Fechada        |
| 2 Amputação            | 20 Fratura Óssea Aberta         |
| 3 Avulsão              | 21 Hematoma                     |
| 4 Contusão             | 22 Ingurgitamento Nervoso       |
| 5 Crepitação           | 23 Laceração                    |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendínea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Efisema subcutâneo   | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encravado             |
| 11 Equimose            | 29 Otorrágia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Queimadura                   |
| 16 F. Corto-Contuso    | 34 Rinorrágia                   |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36                              |

OBS.:

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) \_\_\_\_\_ % Graus de queimadura: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

## EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias → CERVICAL, TÓRAX, SAEU ( ) Lavado peritonial  
☒ Ultrassonografia (FAST) → ABDOMEN ( ) Gasometria arterial  
☒ Tomografia computadorizada → CERVICAL ( ) Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1. ATENDIMENTO INICIAL		Alberto Barros Araújo Médico Residente - Cirurgia Geral CRM-PB 10295 Alberto Barros Araújo Médico Residente - Cirurgia Geral CRM-PB 10295
2. SBT		
3. VACINA BCG - TETANUS (FC)		
4. PROPOFOL 70mg + SF 1000ml (FC)		
5. SEC 2000ml		
6. RADIOGRAMAS + TC		
7. AVALIAÇÃO NER		
8. REAVALIAÇÃO		
9.		
10.		

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da NCR / BME às : \_\_\_\_ do dia \_\_\_\_  
 Solicito parecer da \_\_\_\_\_ às : \_\_\_\_ do dia \_\_\_\_

## DESTINO DO PACIENTE

DATA: 20/06/20  
 SAÍDA: 01:00  
 HORAS: 01:00

( ) Centro cirúrgico  
 ( ) Transferência (unidade de saúde)  
 ( ) Internado (setor)  
 ( ) Alta hospitalar ( ) Decisão médica ( ) A pedido ( ) A reavalia ( ) Desistência  
 ( ) Óbito ( ) Até 48 hs. ( ) Após 48 hs. ( ) Família ( ) JIML ( ) SVO

Alberto Barros Araújo  
 Médico Residente - Cirurgia Geral  
 CRM-PB 10295

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL







GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
CENTRO DE IMAGEM

**NOME: GIVANILSON NUNES NDA SILVA**


**BE: 928175**

**19/06/2016 21:42:46**

### **ULTRASONOGRAFIA DO ABDOMEN TOTAL – FAST**

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.

**OBS: exame realizado em condições de urgência / emergência.**

  
**Dra. Danielle Carvalho de Sá Pereira**  
**CRM 6088**

Nota: As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação das imagens obtidas. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais aprofundada. Deve-se ainda considerar o fato do exame ter sido realizado em condições de urgência / emergência, muitas vezes prejudicando o adequado posicionamento e preparo do paciente, diante de suas limitações clínicas.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
CENTRO DE IMAGEM

**NOME: GIVANILSON NUNES DA SILVA**  
**BE: 928175**  
**DATA: 21.05.2016**  
**DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 19.06.2016**

RX. COLUNA CERVICAL P  
VÉRTEBRAS CERVICAIS VISIBILIZADAS DE ASPECTO NORMAL.

RX. TÓRAX AP  
TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.  
SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.  
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

RX. BACIA AP  
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.  
AUSÊNCIA DE FRATURA.

*Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.*

*Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.*

**DR. CAIO MARIO MEDEIROS**  
**RADIOLOGISTA CRM 3645**





Audiometria  
 Acupuntura  
 Alergologia  
 Angiologia  
 Cardiologia  
 Cirurgia Geral  
 Cirurgia Plástica  
 Clínica Médica  
 Dermatologia  
 Fisioterapia  
 Endocrinologia  
 Endoscopia  
 Ecocardiografia  
 Eletroencefalograma  
 Gastroenterologia  
 Geriatria  
 Ginecologia  
 Holter 24 horas  
 Laboratório  
 Mastologia  
 Mamografia  
 M.A.P.A.  
 Neurologia  
 Nefrologia  
 Nutrição  
 Nutrição Ortomolecular  
 Odontologia  
 Otorrinolaringologia  
 Oftalmologia  
 Ortopedia  
 Pediatria  
 Pneumologia  
 Psicologia  
 Psiquiatria  
 Proctologia  
 Radiologia Geral  
 Reumatologia  
 SI. Enfermagem  
 SI. Peq. Procedimentos  
 Teste Ergométrico  
 Ultrasonografia  
 Urologia



Laudo Médico

Paciente Givamilas Nunes  
 de Silva, refere acidente  
 de moto no dia 19/06/16  
 com traumatismo cranio-  
 cefálico, sendo admitido no hospital de  
 20/06/16, com diagnóstico  
 de hipotensão. Exame clínico  
 no momento da avaliação neurológica  
 exame audiológico apresenta  
 perda auditiva sensorial  
 de grau profundo bilateral  
 OTO 11903.

João Pessoa, 06-6-19

Dr. João Pessoa  
 Otorrinolaringologista

O PACIENTE TEM DIREITO A UM RETORNO NO PERÍODO DE ATÉ 15 DIAS A PARTIR DA CONSULTA  
 Rua Francisco Manoel, 77 - Jaguaribe - Fones (85) 2106 8585 2106 8568 2106 8569  
 hospital@hsol.com.br





**Dra. Suzyanne Oliveira**  
Oftalmologista | CRM 5688-PR

MEMBRO TITULAR DO CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

Para: GIVANILSON NUNES DA SILVA  
Convênio: PARTICULAR

Dados Clínicos:

BAV EM OLHO ESQUERDO QUE RELACIONA AO TRAUMA EM 2016. ACIDENTE DE MOTO.

CID H54.5

Observação: AVALIAR SE A VIA OPTICA ESTA LESIONADA.  
COM CORTES

JOAO PESSOA, 11/06/2019

Dra. SUZYANNE OLIVEIRA  
CRM 5688-PR  
OFTALMOLOGISTA  
CRM 5688-PR

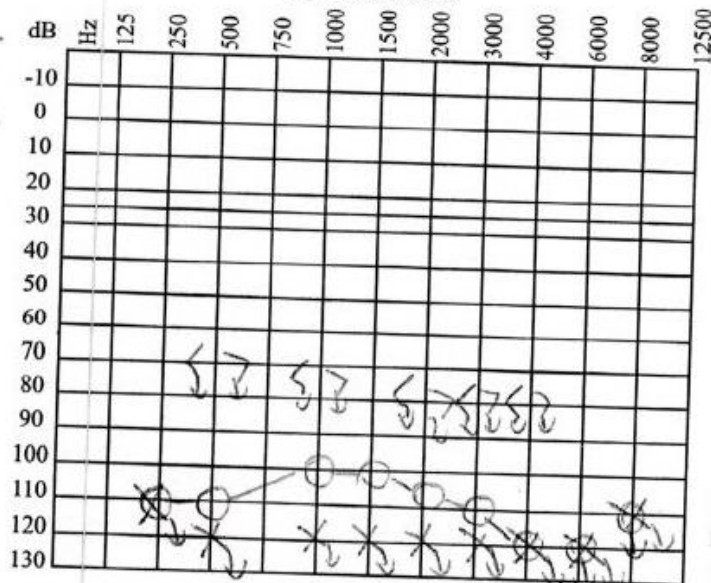




**Avaliação Audiológica**

NOME: Guamilson Nunes da Silva RG: \_\_\_\_\_  
IDADE: 26 SEXO: M PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ Audiômetro: AD 225b Imitanciômetro: \_\_\_\_\_ DATA: 06/06/19

**AUDIOGRAMA**



	Médias/dBNA	
	OD	OE
VO	130	130
VA	105	120

Mascaramento - dBNA			
VAD	até	YOD	até
VAE	até	VOE	até

**IRF - OD**

	dBNA	%	Masc.
Mono			dBNS
Dis			dBNS
Tri			dBNS

**IRF - OE**

	dBNA	%	Masc.
Mono			dBNS
Dis			dBNS
Tri			dBNS

**SRT**

	dBNA	Masc.
OD		dBNS
OE		dBNS

**SDT**

	dBNA	Masc.
OD		dBNS
OE		dBNS

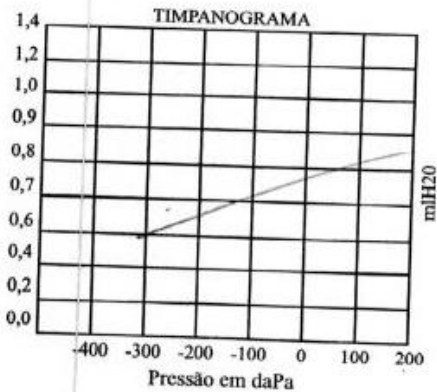
**Níveis de Desconforto Tonal**

Freq.	0,5	1	2	4	KHz
OD					dBNA
OE					dBNA

**FALA**

	MCL	UCL
OD		dBNA
OE		dBNA

**TIMPANOGRAMA**



	OD	OE
Volume (ml)		
Complac (ml)		
Pressão (daPa)		

Reflexo Acústico Estapediano (R.A.F.)								
c/g	limiar	CL	difer.	IL	limiar	CL	difer.	IL
500								
1000								
2000								
4000								
Direito					Esquerdo			

Marcação por referência

**Audiometria - Resultado:** Perda auditiva surdoauricular de grau profundo bilateralmente.


**Imitanciometria - Resultado:**

OBS.:

*[Signature]*  
Mariana Saraiva Garcia  
Fonoaudióloga  
CRF: 9638



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199990/19

**Vítima:** GIVANILSON NUNES DA SILVA

**CPF:** 110.627.554-30

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 19/06/2016

**Titular do CPF:** GIVANILSON NUNES DA SILVA

### 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

#### JACQUELINE PONTES DA COSTA : 076.255.207-73

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

#### GIVANILSON NUNES DA SILVA : 110.627.554-30

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

*Sinistro nº 3190377255*

### 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: 12/06/2019  
Nome: JACQUELINE PONTES DA COSTA  
CPF: 076.255.207-73

JACQUELINE PONTES DA COSTA

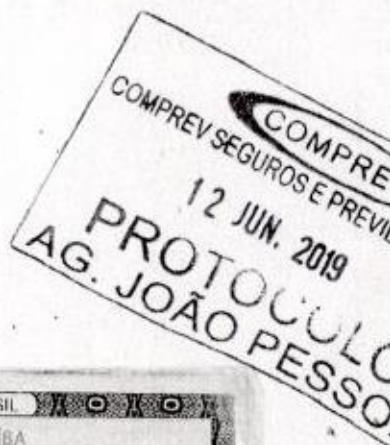
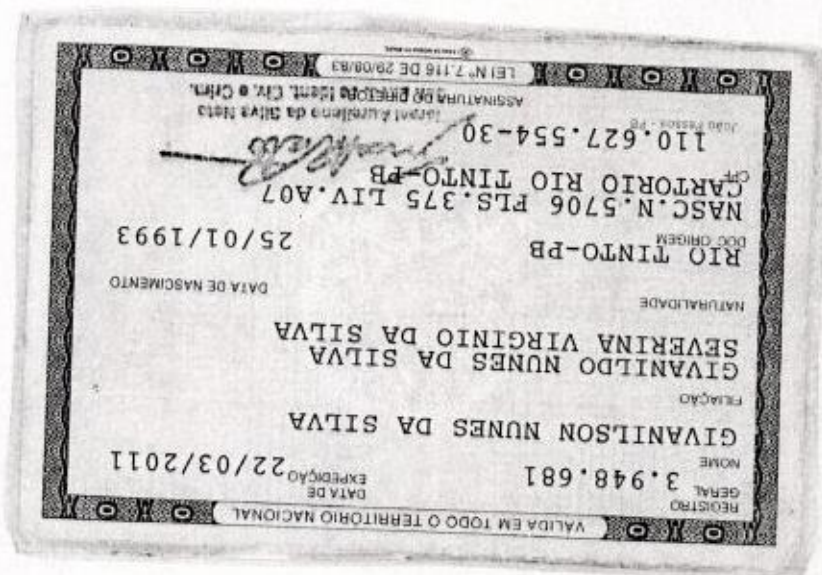
#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA







## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ARISTOTELIS FERNANDES DE ALBUQUERQUE,  
RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição 1/1, Órgão \_\_\_\_\_,  
portador do CPF nº 954.193.574.53, com Domicílio na  
cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAÍBA, onde  
resido na (Rua/Avenida/Estrada) DEPUTADO B. M. CARVALHO,  
nº 68, complemento, APT., declaro, sob as penas da Lei, que  
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima GIVANILSON NUNES DA SILVA,  
cujo o condutor era GIVANILSON NUNES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA  
Ano: 2011  
Modelo: HONDA CG FAN 125  
Placa: DEV-2108-PB  
Chassi: 9C2JC4110BR801255  
Data do acidente: 19-06-2016

Local e data: RIO TINTO 10-06-2019

X Aristoteles Fernandes de Albuquerque  
Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X Givanilson Nunes da Silva  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do  
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

**PIMENTEL** **ADSON HUGO PIMENTEL**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
Notário - Profissão de Tabelião - Registro de Imóveis  
Registro de Títulos e Documentos e Pessoa Jurídica  
Rua de Marquês, 29 - Centro - Rio Tinto - Paraíba  
58207-430 - Fone: (031) 3271-2342 - site: pimenteladvogados.com

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....  
ARISTOTELIS FERNANDES DE ALBUQUERQUE.....

Em test. da verdade, Rio Tinto-PB 10/06/2019 10:36:46

Felipe Ricardo Nobrega da Silva - Escrevente  
(2019-001962) EMUL:R\$ 49,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98

SEL0 DIGITAL: AIS51415-0M63

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.br>

Felipe Ricardo Nobrega da Silva  
ESCREVENTE AUTORIZADO

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
12 JUN. 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência**

**Nº 00224.01.2018.1.02.011**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00224.01.2018.1.02.011, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 11:05 horas do dia 14 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 11ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Nélcio Carneiro dos Santos, matrícula 1357280, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Givanilson Nunes da Silva**, CPF nº 110.627.554-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro (a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Severina Virginio da Silva e Givanildo Nunes da Silva, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 24/01/1993 (25 anos de idade), residente e domiciliado (a) no(a) Sítio Tavares, Nº s/nº, complemento casa, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Rio Tinto/PB, telefone(s) para contato (83) 99326-4566.

**Dados do(s) Fatos:**

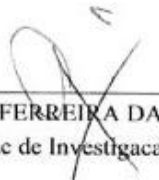
Local: Sítio Tavares, Próximo a Sua Residência, nº s/nº, Casa, Zona Rural, Rio Tinto/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 19/06/16 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

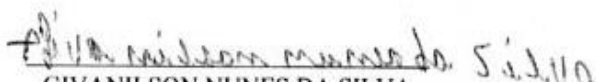
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

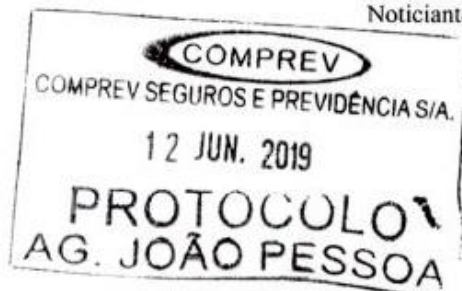
QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS DE COR VERMELHA, DE PLACA OEV-2108-PB, CHASSI Nº 9C2JCH110BR801255, NOME DE ARISTOTELES FERNANDES DE ALBUQUERQUE, AO ULTRAPASSAR O QUEBRA MOLAS PRÓXIMO A CASA DE SEU RAIMUNDO, PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE MAMANGUAPE, E LOGO APÓS FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA NESTA CAPITAL CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA CRM PB 2329, DATADO DE 31/10/2016.

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, 14 de agosto de 2018.

  
CLEODON FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigação

  
GIVANILSON NUNES DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 00224.01.2018.1.02.011





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 110.627.554-30 Givanilson Nunes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Givanilson Nunes da Silva 6 - CPF: 110.627.554-30  
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: rua Tavares 9 - Número: 510 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Area Rural 12 - Cidade: Rio Tinto 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58297-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 98877-6433

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:  
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).  
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2547 ☒ CONTA: 20.731 ☒  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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.

22 - 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 de indenização 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 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, conforme se na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade 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 a 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido  
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Pão de Açúcar PB 12/06/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019

Assinado eletronicamente por: THIAGO JOSE MENEZES CARDOSO - 02/06/2020 18:48:23

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060218482344800000029955439

Número do documento: 20060218482344800000029955439



ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R-200, Km 25 - Cruz Redentor - Jd. Pessoa/PB - CEP 58071-680  
CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Contas de Energia Elétrica VU25 448 899  
Cód. para Deb. Automático: 09006174742

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2019	24/05/2019	25/06/2019	727.401.324-68

UC (Unidade Consumidora): 5/617474-2

### Canal de contato

Thiara Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.  
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em [saude.gov.br/vacinaBrasil](http://saude.gov.br/vacinaBrasil)

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
24/04/12	14000	24/06/12	14000	1	191	20

C/C	Descrição	Demonstrativo						
		Quilômetros	Taxa	Valor Base C/C	Alc. Imp. (R\$)	Base Calc. Pto/R\$	Cotido (R\$)	
		Tributação Total (R\$): 0,00			Parcelado (R\$): 0,00			
0001	Consumo de 300 kWh - BR	30,00	0,265108	7,95	0,05	7,90	9,55	
0001	Consumo - 31 a 100 kWh - BR	70,00	0,088912	6,22	0,03	6,20	3,23	
0001	Consumo - 101 a 220 kWh - BR	91,00	0,232970	21,20	0,06	21,14	6,68	
0001	Adic. de Amparo			1,56	0,05	1,51	0,01	
0010	Subtotal			46,93	0,15	46,78	2,09	
CAMBAMENTOS E SERVIÇOS								
0007	CONTRIBUIÇÃO P. PÚBLICA			0,00	0,00	0,00	0,00	
0004	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR - DIC 03/2012			0,00	0,00	0,00	0,00	
0008	Devolução Subsidio			0,00	0,00	0,00	0,00	

COD	Código de Classificação	TOTAL	90.00	97.00	42.83	157.80	1.53	7.06
Tarifa de Trânsito	A16.30MWh - 192080	A16.100MWh - 7300285	A16.220MWh - 0.435420					

Média últimos meses (kWh)	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
143	31/05/2019	R\$ 136.99

Histórico de Consumo (kWh)

142	144	130	128	121	123	164	154	181	188	170	143
Mar18	Jun18	Jul18	Apr18	Sen18	Oct18	Nov18	Dec18	Jan19	Feb19	Mar19	Apr19

40f7.75c2.fe04.435b.e65a.a8fc.6fe6.b861

Indicadores de Qualidade		3/2019 - Rio Tinto	
	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIFERENCIAL	11,59	11,97	
DIF. TRIMESTRAL	23,16		
DIF. ANUAL	58,38		NORMAL 220
FC MENSAIS	7,89	9,20	CONTEÚDO
FC TRIMESTRAL	15,78		LIMITE INFERIOR 102
FC ANUAL	21,05		LIMITE SUPERIOR 227
FC M3	8,67	4,48	
FC M6	16,34		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Out. de Energia-PS	28,18	19,08
Contrib. de Energia	39,91	26,37
Serviços de Transmissão	4,57	3,04
Energia de Serviços	8,12	5,36
Impostos, Deletos e Encargos	82,28	54,15
Outros Serviços	5,00	3,33
<b>Total</b>	<b>157,26</b>	<b>100,00</b>

Valor op 8/180 (Ref 3/2019) R\$ 34,73

## ATENÇÃO

**ATENÇÃO**

REAGIU O DESENVOLVIMENTO? Caso NÃO, informo, ao não receber o produto, a embalagem (em anexo), o fomento contra o crime de falsificação, a data de emissão da produção e a Resolução 414 da ANEEL. O fomento não pode ser usado para a produção de energia elétrica, devendo ser suspenso o desenvolvimento caso o usuário não tenha comunicado a ANEEL, antes de pagar, não estejam na unidade consumidora para o pagamento, caso a ANEEL tenha efetuado o pagamento (ver a Resolução 414 da ANEEL). O fomento não pode ser usado para a produção de energia elétrica, devendo ser suspenso o desenvolvimento caso o usuário não tenha comunicado a ANEEL, antes de pagar, não estejam na unidade consumidora para o pagamento, caso a ANEEL tenha efetuado o pagamento (ver a Resolução 414 da ANEEL). O fomento não pode ser usado para a produção de energia elétrica, devendo ser suspenso o desenvolvimento caso o usuário não tenha comunicado a ANEEL, antes de pagar, não estejam na unidade consumidora para o pagamento, caso a ANEEL tenha efetuado o pagamento (ver a Resolução 414 da ANEEL).

**COMO**

### Faturas em atraso

Abr/19 103,10

COMPREV  
12 JUN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Boletim de Atendimento: 928175



<b>Identificação do paciente</b>			
ID 1049963	Nome GIVANILSON NUNES DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 25/01/1993	Idade 23 anos 4 meses 25 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe SEVERINA VIRGINIO DA SILVA		Pai	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO		Responsável (Parentesco) JOSENEIDE VIRGINIO - IRMAO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991382399	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3948681	Nº Cns	
Local de procedência RIO TINTO		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade RIO TINTO	CBO/R	
<b>Endereço</b>			
CEP 58297000	Município de residência RIO TINTO	UF PB	Logradouro TAVARES
Número SN	Complemento		Bairro ZOA RURAL
<b>Admissão</b>			
Data e Hora 19/06/2016 20:43:12	Número da pulseira 4674008	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIAO GERAL		Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco		Origem do paciente RESIDENCIA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA DE UM NIVEL A OUTRO	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	
<b>Sinais Vitais</b>			
PA x mmHg		Pulso	Temperatura
<b>Exames complementares</b>			
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]
			Liquor [ ]
			ECG [ ]
			Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A</p> <p>12 JUN 2019</p> <p>PROTOCOLADO</p> <p>AG. JOAO PESSOA</p> <p>TOMOGRAFIA</p> <p>CRANIO + FACE</p> <p>DATA: 19/06/16</p> </div>			
Diagnóstico			
Atendido por FELIX GONCALVES DE MEDEIROS FILHO			
Tempo 02min 42seg			

Imprimer





19.06.2016 Nervo  
21:50h

KE

Queda morda

Glasgow (15)

Pupilas Ix

Sem deficit

E cénio Normal

?  
morda:

Biteka

Acta Nervo

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota  
Neurocirurgia  
CRM-PB: 6800





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	GIVANILSON NUNES DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	25/01/93
NOME DA MÃE	SEVERINA VIRGINIO DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	928.175
DATA DO ATENDIMENTO	19/06/16
HORA DO ATENDIMENTO	20:43
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTOS MÚLTIPLOS NA FACE E NO COURO CABELUDO
CID 10	S01.7 + S01.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma na face, com edema e ferimentos corto-contusos. Pupilas fotorreagentes e isocóricas. Presença também de ferimentos múltiplos no couro cabeludo. TC de face: sem fraturas.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia do abdomen total  
RX de coluna cervical P  
RX de torax AP  
RX de bacia AP

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Aspectos normais.

### TRATAMENTO:

Suturas dos ferimentos na cabeça.

ALTA HOSPITALAR:	20/06/16
DATA DA EMISSÃO:	31/10/16

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



# Primeiro Atendimento Médico

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

4674008  
GIVANILSON NUNES DA SILVA BE: 928175  
DT. NASC.: 26/01/1993  
MAE: SEVERINA VIRGINIO DA SILVA  
END.: TAVARES  
N. SN - ZOR RURAL  
RIO TINTO  
FONE: ( )  
CELULAR: (83) 991382399  
IDADE: 23  
DT. ENTRADA: 19/06/2016 20:43:12

### DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

- VITIMA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEM CAPACETE.  
- LACERAÇÃO VENTRAL. LACERAÇÃO CIRCULAR. LACERAÇÃO QUADRIL.  
- QUEIMADURA EM OMBRO E MÃO.  
- DI: 1) FRACTURA MÚLTIPLA DE FÊMUR + FRACTURA CRÂNIO.  
2) FRACTURA DE MÃO + OMBRO  
3) FRACTURA DE COTOVELO  
4) FRACTURA DE TIBIA + FIBULA  
5) FRACTURA DE RÔTULA

Alberto Barros Araújo  
Médico Residente - Cirurgia Geral  
CRM-PB 10295

### EXAME PRIMÁRIO

VIAS  
AÉREAS ☒ PÉRVIAS ( ) Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ( ) Sim ☒ Não

#### VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ( ) Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade  
( ) Com dificuldade

( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA

( ) APNÉIA

#### AUSCULTA PULMONAR:

##### 1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente  
HTE: ☒ Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente

##### 2- RUÍDOS

( ) Sim  
( ) Não  
HTD: Roncos  
Sibilos  
Estertores  
HTE: Roncos  
Sibilos  
Estertores

FR: \_\_\_\_\_ imp SaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %

### CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica  
( ) Pletórica ( ) Ictérica

TEMPERATURA DA PELE ☒ Normal ( ) Quente ( ) Fria

PULSO ☒ Normal ( ) Aumentado  
( ) Fino ( ) Ausente

#### AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO ☒ Regular ( ) Irregular ( ) Ausente

BULHAS ☒ Normotonéticas ( ) Hipofonéticas  
( ) Hipofonéticas ( ) Ausente

SOPRO ( ) Presente ( ) Ausente  
BE OU B4 ( ) Sim ( ) Não

FC: 97 bpm PA: 110 x 80 mmHg T: \_\_\_\_\_ °C

ECG: NORMAL

FR: 24 LPM HES: 105

### ABDOMEN:

ABDOMEN CÍRCULO.  
SEM SINAIS DE  
IRITAÇÃO PERITONEAL

### DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas (diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow: 15

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	<u>4</u>	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	<u>5</u>	Obedece aos comandos	<u>6</u>
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:	<u>15</u>				





[illegible]

F(NG).ENF.018-1



# EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO



4674008  
GIVANILSON NUNES DA SILVA BE: 928175  
DT. NASC.: 25/01/1993  
NME: SEVERINA VIRGINIO DA SILVA

END.: TAVARES  
N. SN - ZONA RURAL  
RIO TINTO  
FONE: ( )  
CELULAR: (83) 991392399  
IDADE: 23  
DT. ENTRADA: 19/06/2016 20:43:12

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		Inf
20/06/16	00:00	Pt vítima de trauma de face por acidente motociclístico. Exame físico: # Edema facial # FCC múltiplos em face # Odontoforacção # Rinosseuspirais permeáveis # Sem gesso ocular TC de face sem fraturas de face Co. Amputação + sutura Alte BNF Procedimento de Laringe Geral => Extensão definitiva em caso indicado
20/06/16	07:00	# Cirurgia Geral 07:00 - Realização de sutura do corpo cristalino. - Fast sem alteração - Radiografia do tórax sem alteração - Coi alta de cuidados gerais

Dr. Rui Monteiro, MSc  
Cirurgião Especialista em Otorrinolaringologia  
CRM 9226 - Grupo B

Alberto Barros Araujo  
Médico Residente - Cirurgia Geral  
CRM PB 10.55

F(NG)ENF018-1



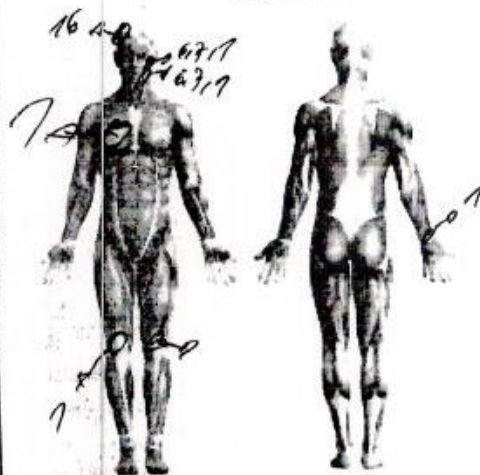


## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS: ☒ Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
 IMUNIZAÇÃO: ☒ Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
 PATOLOGIA: ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
 ALIMENTOS INGERIDOS: ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_

## LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão              | 19 Fratura Óssea Fechada        |
| 2 Amputação            | 20 Fratura Óssea Aberta         |
| 3 Avulsão              | 21 Hematoma                     |
| 4 Contusão             | 22 Ingurgitamento Nervoso       |
| 5 Crepitação           | 23 Laceração                    |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendínea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Efisema subcutâneo   | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encravado             |
| 11 Equimose            | 29 Otorragia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Queimadura                   |
| 16 F. Corto-Contuso    | 34 Rinorragia                   |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36                              |

OBS.: \_\_\_\_\_

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) \_\_\_\_\_ % Graus de queimadura: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

## EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias → CERVICAL, TÁXAXI, BACIA  
☒ Ultrassonografia (FAST) → ABDOMEN  
☒ Tomografia computadorizada → CERVICAL

( ) Lavado peritonial  
 ( ) Gasometria arterial  
 ( ) Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1. ATENDIMENTO INICIAL		Alberto Barros Araújo Médico Residente - Cirurgia Geral CRM-PB 10295
2. SAT		
3. VACINA ANTI-TETÂNICA (FC)		
4. PROPOFOL 70 mg 450 100 mg (FC)		
5. SRE 200 mg IV		
6. RADIOGRAMAS + TC		
7. AVALIAÇÃO DA		
8. REAVALIAÇÃO		
9.		
10.		

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_  
 Solicito parecer da \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_

## DESTINO DO PACIENTE

DATA: 20/06/20  
 SAÍDA: 01:00  
 HORAS: 01:00  
 ( ) Centro cirúrgico  
 ( ) Transferência (unidade de saúde)  
 ( ) Internado (setor)  
 ( ) Alta hospitalar ( ) Decisão médica ( ) A pedido ( ) A reavalia ( ) Desistência  
 ( ) Óbito ( ) Até 48 hs. ( ) Após 48 hs. ( ) Família ( ) IML ( ) SVO

Alberto Barros Araújo  
Médico Residente - Cirurgia Geral  
CRM-PB 10295

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

(NG).CC.001-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
CENTRO DE IMAGEM

**NOME: GIVANILSON NUNES NDA SILVA**

**BE: 928175**

**19/06/2016 21:42:46**

### **ULTRASONOGRAFIA DO ABDOMEN TOTAL – FAST**

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.

**OBS: exame realizado em condições de urgência / emergência.**

**Dra. Danielle Carvalho de Sá Pereira**  
**CRM 6088**

Nota: As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação das imagens obtidas. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais aprofundada. Deve-se ainda considerar o fato do exame ter sido realizado em condições de urgência / emergência, muitas vezes prejudicando o adequado posicionamento e preparo do paciente, diante de suas limitações clínicas.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
CENTRO DE IMAGEM

**NOME: GIVANILSON NUNES DA SILVA**

**BE: 928175**

**DATA: 21.05.2016**

**DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 19.06.2016**

**RX. COLUNA CERVICAL P**

**VÉRTEBRAS CERVICAIS VISIBILIZADAS DE ASPECTO NORMAL.**

**RX. TÓRAX AP**

**TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.**

**SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.**

**ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.**

**RX. BACIA AP**

**ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.**

**AUSÊNCIA DE FRATURA.**

*Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.*

*Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.*

**DR. CAIO MARIO MEDEIROS**  
**RADIOLOGISTA CRM 3645**



Audiometria  
 Acupuntura  
 Alergologia  
 Angiologia  
 Cardiologia  
 Cirurgia Geral  
 Cirurgia Plástica  
 Clínica Médica  
 Dermatologia  
 Fisioterapia  
 Endocrinologia  
 Endoscopia  
 Ecocardiografia  
 Eletroencefalograma  
 Gastroenterologia  
 Geriatria  
 Ginecologia  
 Holter 24 horas  
 Laboratório  
 Mastologia  
 Mamografia  
 M.A.P.A.  
 Neurologia  
 Nefrologia  
 Nutrição  
 Nutrição Ortomolecular  
 Odontologia  
 Otorrinolaringologia  
 Oftalmologia  
 Ortopedia  
 Pediatria  
 Pneumologia  
 Psicologia  
 Psiquiatria  
 Proctologia  
 Radiologia Geral  
 Reumatologia  
 SI Enfermagem  
 SI Eq. Procedimentos  
 Teste Ergométrico  
 Ultrasonografia  
 Urologia



Laudo Médico

Paciente Givanilda Nunes  
 de Silva, refere acidente  
 de moto no dia 19/06/16  
 com traumatismo craniano.  
 Sendo admitida hospitalar no dia  
 20/06/16, com queixa  
 de hipocúria. Exame clínico  
 no momento otológico normal.  
 Exame audiológico apresenta  
 perda auditiva sensorial  
 de grau profundo bilateral  
 60-1403.

João Pessoa, 06-6-19

Thiago Jose Menezes Cardoso  
 Otorrinolaringologista

O PACIENTE TEM DIREITO A UM RETORNO NO PERÍODO DE ATÉ 15 DIAS A PARTIR DA CONSULTA  
 Rua Francisco Manoel, 77 - Jaguaribe - Fones (85) 2106 8565 2106 8568 2106 8569  
 hospital@bol.com.br







**Dra. Suzyanne Oliveira**  
Oftalmologista | CRM 5688-PR

MEMBRO TITULAR DO CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

Para: GIVANILSON NUNES DA SILVA  
Convênio: PARTICULAR

Dados Clínicos:  
BAV EM OLHO ESQUERDO QUE RELACIONA AO TRAUMA EM 2016. ACIDENTE DE MOTO.

CID H54.5

Observação: AVALIAR SE A VIA OPTICA ESTA LESIONADA.  
COM CORTES

JOAO PESSOA, 11/06/2019

Dra. SUZYANNE OLIVEIRA  
CRM 5688-PR  
OFTALMOLOGISTA  
Dra. Suzyanne Oliveira  
CRM 5688-PR

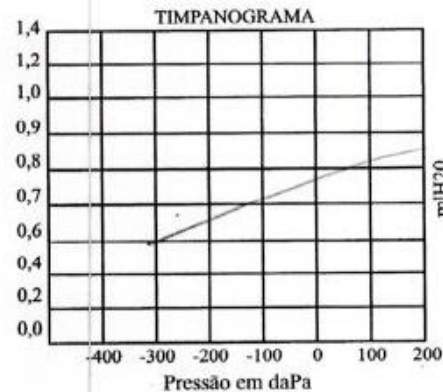
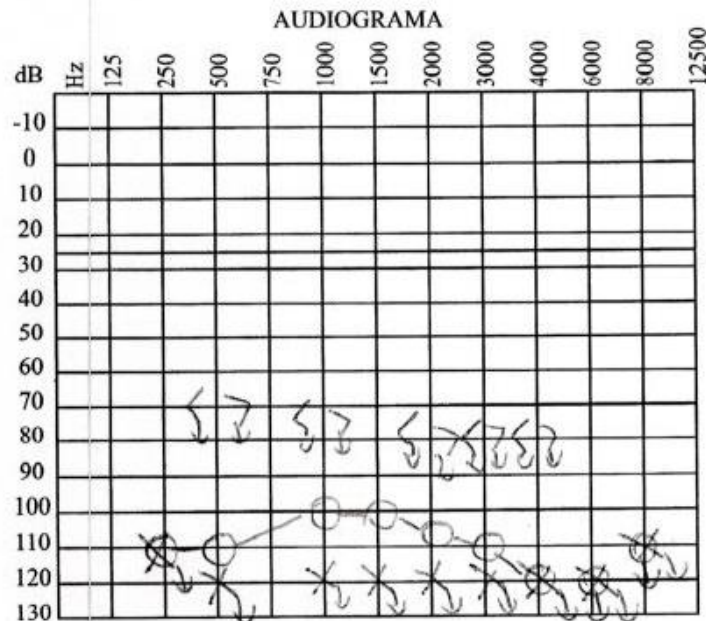


**Avaliação Audiológica**

NOME: Guamilson Nunes de Silva RG: \_\_\_\_\_

IDADE: 26 SEXO: M PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ Audiômetro: AD 2251b Imatanciômetro: \_\_\_\_\_ DATA: 06/06/19



	OD	OE
Volume (ml)		
Complac (ml)		
Pressão (daPa)		

	Médias/dBNA	OD	OE
VO	↑ 20	↑ 20	
VA	↑ 20	↑ 20	

Mascaramento - dBNS			
VAD	até	VOE	até
VAE	até	VOE	até

IRF - OD			
	dBNA	%	Masc.
Mono			dBNS
Dis			dBNS
Tri			dBNS

IRF - OE			
	dBNA	%	Masc.
Mono			dBNS
Dis			dBNS
Tri			dBNS

SRT		
	dBNA	Masc.
OD		dBNS
OE		dBNS

SDT		
	dBNA	Masc.
OD		dBNS
OE		dBNS

Níveis de Desconforto Tonal				
Freq.	0,5	1	2	4 KHz
OD				dBNA
OE				dBNA

FALA			
	MCL	UCL	
OD			dBNA
OE			dBNA

Reflexo Acústico Estapediano (R.A.F.)								
c/g	limiar	CL	difer.	IL	limiar	CL	difer.	IL
500								
1000								
2000								
4000								
Direito					Esquerdo			

Marcação por referência

Audiometria - Resultado: Perda auditiva surdo-neural de grau profundo bilateralmente.

Imitanciometria - Resultado: \_\_\_\_\_

OBS.: \_\_\_\_\_

Mariana Saraiva Garcia  
Fonoaudióloga  
C.R.F. 9838



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Givanilson Nunes da Silva  
**NACIONALIDADE:** brasileiro **ESTADO CIVIL:** solteiro  
**PROFISSÃO:** desempregado **Nº DO RG:** 3.948.681  
**ORGÃO EMISSOR:** SSD5/PB **DATA DE EMISSÃO:** 22/03/2019  
**Nº CPF:** 110.627.554-30 **ENDEREÇO:** Sítio Tavares, 611,  
Rua Rural - Rio Tinto - PB

**OUTORGADO:** jacqueline Pontes da Costa  
**NACIONALIDADE:** brasileira **ESTADO CIVIL:** solteira  
**PROFISSÃO:** desempregada **Nº DO RG:** 06934282975  
**ORGÃO EMISSOR:** 10/04/2019 **DATA DE EMISSÃO:** 30/10/2018  
**Nº CPF:** 076.255.207-73 **ENDEREÇO:** Rua Maria Alves  
da Rocha, 45 AP 305, CEP: 58036-865 - Aracatuba

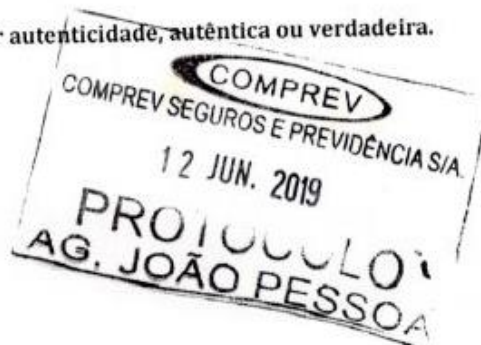
### PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Givanilson Nunes da Silva, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Rio Tinto, 10 de junho de 20 19.

Givanilson Nunes da Silva  
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CADERNÃO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

Nome: JACQUELINE FORTES DA COSTA

CPF: 076.253.207-36 DATA NASCIMENTO: 02/03/1976

Nome do Titular: MANUEL RIBEIRO DA COSTA

Nome do Portador: JACQUELINE FORTES DA COSTA

RG: 06934282975

Validade: 22/05/2020

Validade: 16/10/2009

Observações:

Assinatura do Titular: *Jacqueline Fortes da Costa*

Assinatura do Portador: *Manuel Ribeiro da Costa*

Local: JOAO PESSOA, PB

Data Emissão: 30/10/2008

CPF: 00000168516

RG: 06934282975

PARAIBA



## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - : N° 025.552.254



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

### DADOS DO CLIENTE

JACQUELINE PONTES DA COSTA  
RUA MARIA ALVES DA ROCHA 45 AP 305  
JOAO PESSOA

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1318108-6

### REFERÊNCIA

MAI/2019

### APRESENTAÇÃO

27/05/2019

### CONSUMO

195

### VENCIMENTO

03/06/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 178,03

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

JACQUELINE PONTES DA COSTA

Roteiro: 16-006-205-0169

83660000001-9 78030149000-6 13181082019-4 05300006019-3

### VENCIMENTO

019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 178,03

### MATRÍCULA

1318108-2019- 05-3



Assinado eletronicamente por: THIAGO JOSE MENEZES CARDOSO - 02/06/2020 18:48:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060218482344800000029955439>

Número do documento: 20060218482344800000029955439

**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/BIBLIOTECASWEB/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.

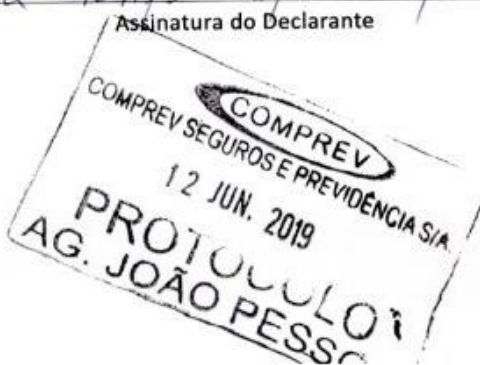
Pelo exposto, eu Yacqueline Pontes da Costa  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.255.207 / 43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Gilvanilson Nunes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 410627.554 / 30,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidex da Vítima Gilvanilson Nunes da Silva  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 410.627.554 / 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua M<sup>a</sup> Alves da Rocha</u>	Número: <u>45</u>	Complemento: <u>AP 305</u>
Bairro: <u>Aero Clube</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58036-865</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 98877-6433</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 12/06/2019

Yacqueline Pontes da Costa  
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017







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, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377255

Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JACQUELINE PONTES DA COSTA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GIVANILSON NUNES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Pag. 00335/00336 - carta\_04 - INVALIDEZ


00070168



Carta nº 14489711



 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			<b>Número do boleto:</b> 200.5.20.32724/01
			<b>Data de emissão:</b> 02/06/2020
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 30/06/2020
<b>Número da guia:</b> 200.2020.632724 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<b>UFR vigente:</b> R\$ 51,78
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.035,60 <b>Promovente:</b> GIVANILSON NUNES DA SILVA - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.239,45
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866400000125 394509283187 520200630207 052032724016 			<b>Valor final:</b> R\$ 1.239,45

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			<b>Número do boleto:</b> 200.5.20.32724/01
			<b>Data de emissão:</b> 02/06/2020
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 30/06/2020
<b>Número da guia:</b> 200.2020.632724 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>UFR vigente:</b> R\$ 51,78
<b>Promovente:</b> GIVANILSON NUNES DA SILVA <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
<b>Detalhamento:</b>			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.239,45
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
			<b>Valor final:</b> R\$ 1.239,45

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			<b>Número do boleto:</b> 200.5.20.32724/01
			<b>Data de emissão:</b> 02/06/2020
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 30/06/2020
<b>Número da guia:</b> 200.2020.632724 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>UFR vigente:</b> R\$ 51,78
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.035,60 <b>Promovente:</b> GIVANILSON NUNES DA SILVA - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.239,45
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866400000125 394509283187 520200630207 052032724016 			<b>Valor final:</b> R\$ 1.239,45





Poder Judiciário do Estado da Paraíba  
Tribunal de Justiça  
Sistema de Custas Online

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 200.2020.632724

**Data Vencimento:** 30/06/2020

**Data Emissão:** 02/06/2020

**Comarca:** Joao Pessoa

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

**Promovente:** GIVANILSON NUNES DA SILVA

**Promovido:** SEGURADORA LÍDER

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

**Despesas Processuais:** R\$ 0,00

**Custas:** R\$ 1.035,60

**Taxa:** R\$ 202,50

**Total da Guia:** R\$ 1.238,10

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

---

Servidor

**APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.**







**Poder Judiciário da Paraíba**  
**9ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0830945-56.2020.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Intime-se a parte promovente, por seu advogado, para no prazo de 15 (quinze) dias úteis, comprovar a hipossuficiência, devendo juntar os três últimos extratos bancários de sua conta corrente, bem como declaração de IR do 2019.

João Pessoa, data e assinatura digital.

**Adriana Barreto Lossio de Souza**

Juíza de Direito



Em anexo.



**EXMO(A). SR(A). DR(A). JUIZ(A) DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DA CAPITAL - PB**

**Processo: 0800850-37.2020.8.15.2003**

**GIVANILSON NUNES DA SILVA**, já devidamente qualificado nos autos da **ACÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT** que move em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT**, também devidamente qualificado nos autos epigrafados, vem por intermédio de seus bastantes procuradores e advogados assinados “in fine”, tempestivamente em resposta ao r. despacho veiculado por intimação eletrônica, expor e finalmente requerer o seguinte:

Culto Magistrado, diante da intimação o autor vem perante este juízo ESCLARECER AS CONDIÇÕES FINANCEIRAS DA RÉ, CONFORME ABAIXO ALINHAVADO:

- A) A ré atualmente trabalha como empregado rural, com renda aproximadamente de um salário mínimo, havendo no mesmo ainda o desconto previdenciário;
- B) Anteriormente laborava na mesma função, sempre como trabalhador rural, o que por si só já demonstra a hipossuficiência do mesmo;
- C) Ademais consta que o autor mora em sítio distante do centro do município informado;

Outrossim é que o autor não possui conta bancária, e por sua renda tão pouco declara imposto de renda anual, o que impossibilita a juntada dos documentos determinados no r. despacho, todavia anexa-se outros documentos os quais comprovam a pobreza e impossibilidade de pagamento das custas processuais ainda que em valor mínimo.

**PELO EXPOSTO, REQUER:**

**PORTANTO, REQUER A PARTE AUTORA A V. Exª, QUE LHE SEJA CONCEDIDA A GRATUIDADE DE JUSTIÇA, COM AMPARO NOS ARGUMENTOS LEGAIS JÁ ESCULPIDOS NA PEÇA EXORDIAL BEM COMO A COMPROVAÇÃO ATRAVÉS DA DOCUMENTAÇÃO JUNTADA AOS AUTOS.**

Nestes termos  
Pede e espera deferimento

João Pessoa, 08 de julho 2020.

Thiago José Menezes Cardoso  
Advogado OAB/PB 19496





# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: N° 046.443.643



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

GIVANILDO NUNES DA SILVA  
SIT TAVARES S/N  
RIO TINTO

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/617474-2

## REFERÊNCIA

JUN/2020

## APRESENTAÇÃO

23/06/2020

## CONSUMO

190

## VENCIMENTO

01/07/2020

## TOTAL A PAGAR

R\$ 57,18

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 17204.571172 1 83030000005718				
Pagador: GIVANILDO NUNES DA SILVA CNPJ/CPF: 727.401.324-68				
SIT TAVARES S/N - AREA RURAL - RIO TINTO / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120017204571	000617474202006	01/07/2020	R\$ 57,18	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				







MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 05840 Série 00035-PB

Prefeitura Municipal  
DRT/PB



Givanilson Nunes da Silva  
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Givanilson Nunes da Silva  
Loc. Nasc. Rio Tinto Est. PB Data 25.01.1993  
Filiação Givanildo Nunes da Silva e  
Severina Virgínia da Silva  
Doc. Nº C.N-5706-FL-375-Loim A-07-Eat. ple  
Rio Tinto-PB

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ...../...../..... Doc. Ident. Nº .....  
Exp. em ...../...../..... Estado .....  
Obs.: .....  
Data Emissão 21.03.2011 SRTE Rio Tinto-PB

M. de Lourdes S. de Oliveira  
Assinatura do Funcionário  
Emissora CTPS  
CPE 364.637.014/94





**CONTRATO DE TRABALHO**

Empregador .....

GILVAN C. CTI. DE M. SOBRINHO E OUTROS .....

FAZENDA MIRIRI, 1 SANTA RITA-PB .....

CAEPF: 097.678.514/007-61 .....

Esp. Estabelecimento: CULT. CANA DE AÇÚCAR .....

Cargo: TRABALHADOR RURAL CBO: 63150 .....

Mat.: 010159 .....

Data Admissão: 22/05/2019 .....

Registro: 010159 Fls/Ficha: 010159 .....

Remuneração: Por produção de acordo com .....

Salário da Categoria .....

Data admissão ..... de ..... de .....

Registro nº ..... Fls/Ficha .....

Remuneração especificada .....

Otoniel Correia Dantas

Chefe de Setor Pessoal CRC PB 7969/0-3

CPF 478.870.954-68

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída 20 de Setembro de 2020

GILVAN C. CTI. DE M. SOBRINHO E OUTROS

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º Otoniel Correia Dantas

Chefe de Setor Pessoal CRC PB 7969/0-3

Com. Dispensa CD nº 478.870.954-68



## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....  
**CAEPF: 097.678.514/007-61**  
CNPJ/M.....**GILVAN C. CTI. DE M. SOBRINHO E OUTROS**  
Rua.....**FAZENDA MIRIRI, S/N - ZONA RURAL**  
Município.....**CEP 58300-970**  
**SANTA RITA - PB**  
Esp. do estabelecimento.....  
Cargo.....**Trabalhador Rural**  
..... CBO nº.....  
Data admissão.....**01** de **Junho** de **2020**  
Registro nº..... Fls./Ficha **010894**  
Remuneração especificada.....**por produção de**  
**acordo com Salário da categoria**  
.....**GILVAN C. CTI. DE M. SOBRINHO E OUTROS**  
.....  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
Chefe de Setor Pessoal CRC-PB 7969/0-3  
CPF: **478.870.954-68**  
1º.....  
Data saída..... de..... de.....  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
1º..... 2º.....  
Tom. Dispensa CD nº.....





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**9ª Vara Cível da Comarca da Capital**

Av. João Machado, s/n, Jaguaribe, João Pessoa/PB - 4º ANDAR  
CEP: 58.013-520 / Tel.: (83)-3208-2479 - Telejudiciário: (83) 3621-1581

0830945-56.2020.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro o pedido de gratuidade da justiça, com fundamento na alegação de insuficiência de recursos para pagar as despesas processuais/custas, constante da petição inicial, nos termos do que dispõem os arts. 98 e 99, § 3º, do CPC/2015.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. A experiência prática demonstra que as instituições financeiras não realizam acordos em demandas congêneres, razão pela qual deixo de designar audiência prévia de conciliação, sem prejuízo das tentativas conciliatórias que devem ser realizadas no decorrer da lide.





Assim, cite-se a parte demandada para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

Contestada a ação, intime-se a parte demandante para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresentar réplica à contestação.

Por fim, considerando que no caso em apreço é necessária a realização de prova pericial, NOMEIO como perito a médico Dr. TIAGO MARTINS FORMIGA, com endereço na Avenida Antônio de Lira, 588, apt. 204, Tambaú, João Pessoa – PB.

Como honorários periciais fixo o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), conforme termos do Convênio nº 015/2014, firmado entre a Seguradora Líder e o TJ/PB.

Intime-se a seguradora para efetuar o pagamento dos honorários arbitrados.

Intime(m)-se a(s) parte(s) a respeito da nomeação realizada, intimando-as também para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentarem quesitos e assistentes técnicos, se assim desejarem.

Valendo-se este despacho como carta de intimação, intime-se o perito nomeado para, no prazo de 10 (dez) dias, dizer se aceita o encargo, bem como para informar a este Juízo, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, data, horário e lugar para a realização da perícia.

Fica desde já determinada a intimação das partes e de seus advogados para comparecerem no dia, hora e local indicados pelo expert para a realização da perícia. Intime-se o Autor pessoalmente e por meio de advogado, advertindo-os que a ausência na perícia poderá ensejar na ocorrência de preclusão e, consequentemente, no julgamento do feito com as provas que constam nos autos.

Sendo o caso, encaminhem-se ao perito cópia dos documentos necessários.

De logo, determino o prazo de 15 (quinze) dias, a contar da realização da perícia, para entrega do parecer técnico.

Cumpra-se na íntegra.

João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.



**Adriana Barreto Lossio de Souza**

Juíza de Direito

