Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

10/06/2021

Número: **0800897-17.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **08/01/2020**
Valor da causa: **R$ 9.112,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SANDOVAL GUEDES RIBEIRO (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
LUCIANO JOSE LIRA MENDES (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44334735	10/06/2021 10:33	Petição	Petição
44334736	10/06/2021 10:33	2741988_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
44334738	10/06/2021 10:33	2741988_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta n°: 11602999

A/C: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170477573 ASL-0335805/17**
Vitima:	**SANDOVAL GUEDES RIBEIRO**
Data Acidente:	**07/09/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**JOSE EDUARDO DA SILVA**

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R$ 13.500,00.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2017

Carta n°: 11619308

A/C: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

Sinistro:	**3170477573 ASL-0335805/17**
Vítima:	**SANDOVAL GUEDES RIBEIRO**
Data Acidente:	**07/09/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**JOSE EDUARDO DA SILVA**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00009/00010 - carta_02

00040005

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta n°: 11735724

A/C: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

Sinistro:	**3170477573 ASL-0335805/17**
Vitima:	**SANDOVAL GUEDES RIBEIRO**
Data Acidente:	**07/09/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**JOSE EDUARDO DA SILVA**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **SANDOVAL GUEDES RIBEIRO**
Valor: **R$ 4.387,50**
Banco: **104**
Agência: **000001374**
Conta: **000000116768-4**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**4.387,50**
Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100% **Graduação: Em grau leve 25%** **% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%** **Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =**	R$	**3.375,00**
Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10% **Graduação: Em grau intenso 75%** **% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%** **Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 =**	R$	**1.012,50**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorizacao de pagamento

Nº DO SINISTRO ___ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

PORTADOR(A) DO RG Nº 3779 9565 EXPEDIDO POR SSP- PA EM 03/04/17 E

CPF 5 1 8 4 3 3 8 2 9 - 1 5 /CNPJ ___, PROFISSÃO mestre de obra

E RENDA MENSAL DE R$ recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Sandoval Guedes Ribeiro AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO ___ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) ___ Nº da CONTA (com dígito, se existir) ___

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1374 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00016768-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

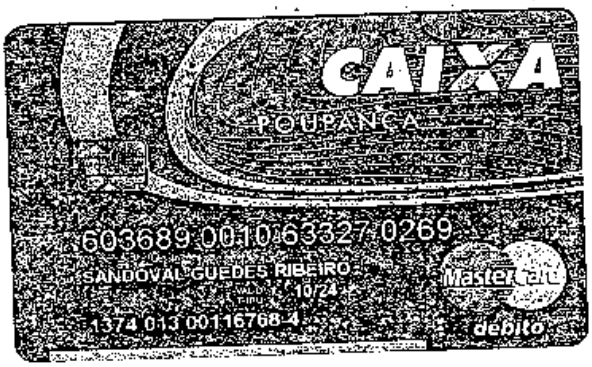
COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A AGO. 2016 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Guarabira, 03 de outubro de 2016 — Sandoval Guedes Ribeiro

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
20 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Central de Policia Civil de João Pessoa

Boletim de ocorrencia

GOVERNO DA PARAÍBA

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 04435.01.2016.1.91.000

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04435.01.2016.1.91.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 05 dias do mês de Outubro de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Policia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITãO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigacao, às 10:52 horas, compareceu **SANDOVAL GUEDES RIBEIRO**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão MESTRE DE OBRAS, naturalidade Guarabira/Paraíba, data de nascimento 05 de Fevereiro de 1966, idade 50, filiação VALDETE GUEDES e SEBASTIÃO GALDINO RIBEIRO, Documento - CPF: 518.433.824-15, residente R. BRAULIO MARTINS,126[NÃO INFORMANDO], Centro, na cidade de Guarabira/PB, telefone (83) 98887-9399.

Dados dos Fatos:

(1) - Local: [NÃO INFORMADO], numero: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Centro, Baía da Traição - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 07/09/16 14:00

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, no dia 07/09/2016, por volta das 14:00 horas quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 150 FAN ESI, ano 2009/2010, de cor vermelha, placa NQJ4460/PB, chassi 9C2KC1550AR020814, Registrada em nome de José Romualdo da Silva, por uma rua no Arco de entrada da cidade de Baia da Traição/PB, o notificante informa que desmaiou quando conduzia a motocicleta, perdendo o controle de direção caindo ao solo, e em decorrência desse fato sofreu Traumatismo Craniano, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma, Senador Humberto Lucena , nesta capital.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 05 de Outubro de 2016

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO
Agente De Investigacao

SANDOVAL GUEDES RIBEIRO
Noticiante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
29 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento: 04435.01.2016.1.91.000

Declaracao de Inexistencia de IML

DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Sandoval Guedes Ribeiro, portador da carteira de identidade nº 3779956 5e inscrito no CPF sob o nº 518.433.824-15 residente e domiciliado na Braulio Martins, 126 - 5ª Terezinha, Cidade Guarabira, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

(x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Sandoval Guedes Ribeiro

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Guarabira, 03 outubro 2016
Local e data

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
29 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rx + C + VS

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Comprovacao de alo declaratorio

Boletim de Atendimento: 946761

Identificação do paciente				
ID 1078061	Nome SANDOVAL GUEDES RIBEIRO			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1964	Idade 52 anos 8 meses 6 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe VALDETE GUEDES			Pai SEBASTIAO GALDINO RIBEIRO	
Escolaridade NAO INFORMADO			Responsável (Parentesco) CELIO GALDINO RIBEIRO - IRMAO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988622664		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento		Nº Cns	
Local de procedência MAMANGUAPE			Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade GUARABIRA		CBO/R	
Endereço				
CEP 58200000	Município de residência GUARABIRA	UF PB	Logradouro BRAULIO	
Número 126	Complemento		Bairro CENTRO	
Admissão				
Data e Hora 07/09/2016 19:47:38	Número da pulseira 100005648549		Convênio SUS	
Especialidade TRAUMATOLOGISTA		Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco			Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Centro de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente MOTO X OBJETO	
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim		Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou SAMU		
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg		Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X [] Sangue []	Urina [] TC []	Liquor [] ECG []	Ultrassonografia []	
Dados clínicos Sut facet, alend. mas 08/09 DC(2) NS		COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 23 AGO. 2017 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA		
Diagnóstico				CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA ESAGA				Tempo 03min 28seg

TOMOGRAFIA
TC + Crânio
DATA 19/09/2016

TOMOGRAFIA
TCCE + MCC
DATA 09/09/16

07/09/2016 19:

08/09/20 [illegible]
14:00 Sandoval, 52 anos

Vítima de acidente motociclístico com TCE, ontem à noite. Relato de confusão mental

Ao exame: Glasgow 14
Pupilas iso/foto
Movimentando os 4 membros

TC de crânio: HSAT
Pequena contusão temporal (D)

Cl - Internação.
- Liberado para procedimento ortopédico com bloqueio local ou anestesia geral.
- Acompanhamento conjunto com Neurocirurgia e Ortopedia
- Suporte clínico + observação neurológica

Leonardo P. da Costa Matias
Médico Plantão
CRM - PB 8028

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: 22/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.387,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01374

CONTA: 000000116768-4

Nr. da Autenticação 85FE8F9E109B37F6

Comprovante de residencia

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Sandoval Guedes Ribeiro,

RG nº 3779956 5, data de expedição 03/04/2017, Órgão SSP-PB, CPF nº 518.433.824-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça	Braulio Martins
Número	126
Aptº / Complemento	-
Bairro	Sta Terezinha
Cidade	Guarabira
Estado	Paraíba
CEP	58200000
Telefone de contato	83-9342-1170/99105-5363/3512-8500
E-mail	alessandrocesarduarte@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Guarabira /PB, 03/10/2016.

Sandoval Guedes Ribeiro
Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
COMPREV
23 AGO 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALDETE GUEDES DA SILVA
RUA ERALUIO MARTINS, 123 - STA TEREZINHA
GUARABIRA / PB CEP: 58200000 (AG: 22)

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 2 - 22 - 25 - 6830 Referência: Ago / 2017
Nº medidor: 00001224287 Emissão: 09/08/2017

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2017	08/08/2017	05/09/2017	36759843453

UC (Unidade Consumidora): 5/49804-8

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
08/07/17	29244	08/08/17	29493		249	28

Demonstrativo

COD	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos Total(R$)	Valor Base Calc. ICMS(R$)	Alíq. Icms(%)	Base Calc. PIS/COFINS(R$)	Valor PIS/COFINS(R$)	Alíq. PIS/COFINS(%)
0601	Consumo em kWh	249,000 0,643780	160,20	160,20	27	43,28	160,20	1,83	7,11
0901	Adic B Amarela		5,58	5,58	27	1,50	5,58	0,05	0,25
0901	Adic B Vermelha		2,70	2,70	27	0,73	2,70	0,02	0,12
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA		10,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 06/2017		0,60	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 07/2017		0,42	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 06/2017		4,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 07/2017		3,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
	TOTAL			190,39	189,58	45,51	188,55	1,83	7,54

COD Código de Classificação do Item

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
215	26/08/2017	R$ 190,39

Histórico de Consumo (kWh)

284	334	328	302	366	278	287	334	311	274	298	304
Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16	Ago/16

RESERVADO AO FISCO
2650.3a3c.2965.8ef9.57e9.6634.6a7a.903f.

Indicadores de Qualidade 8/2017 - Bandeira

Limites do ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)		
DIC MENSAL	5,91	0,00	NOMINAL		220
DIC TRIMESTRAL	11,92				
DIC ANUAL	23,04				
FIC MENSAL	3,49	0,00	CONTRATADA		
FIC TRIMESTRAL	6,87		LIMITE INFERIOR	202	
FIC ANUAL	13,96		LIMITE SUPERIOR	231	
DMIC	3,48	0,00			
DICRI	12,22				

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	40,38	21,22
Compra de Energia	55,30	29,05
Serviço de Transmissão	2,61	1,38
Encargos Setoriais	14,79	7,78
Impostos Diretos e Encargos	75,51	40,19
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	190,39	100,00

Valor do ICMS (Ref. 8/2017) R$ 77,47

ATENÇÃO

Leitura confirmada

Faturas em atraso

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
2 9 AGO 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

energisa PARAÍBA
Roteiro: 2 - 22 - 25 - 6830
Matrícula: 46804-2017-09-3

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
26/08/2017	R$ 190,39

83690000001-6 90390054000-1 00498042017-0 08300220019-0

Comprovante de residencia

JOSE EDUARDO DA SILVA
RUA OMACHADO 398
SALA CENTRO
58013-520 JOAO PESSOA PB

Atendimento Claro
Acesse: www.claro.com.br

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
20 AGO 2017

Declaracao Circular SUSEP 445/12

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP[1] nº. 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados 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[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Sandoval Gurdu Ribeiro do sinistro de DPVAT da natureza **Invalidez** da vítima Sandoval Gurdu Ribeiro, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

CONTROLE SEGUROS E PREVIDÊNCIA
20 AGO. 2007
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaracao do proprietario do veic

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Bernardo da Silva,

RG nº 2520013, data de expedição 14/12/2015

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 040.013.674-08 com domicílio na cidade de Guarabira, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Guarani, nº 26, complemento Nordeste, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Sandoval Guedes Ribeiro cujo o condutor era Sandoval Guedes Ribeiro.

Veículo: moto
Modelo: HONDA/CG 150 FAN
Ano: 2009/2010
Placa: NQJ4460/PB
Chassi: 9C2KC1550 AR020814
Data do Acidente: 07-09-2016
Local e Data: Guarabira, 14-10-16

José Bernardo da Silva
Assinatura do Declarante

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

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular
Rua Coronel Antônio Gomes, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58200-000 - Fone: (83) 3271-1251
Reconheco, como autentica a verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
JOSE ROMUALDO DA SILVA
Em test.da verdade. Guarabira-PB 14/10/2016 10:2
Romero Fernandes Costa Filho - Escrevente
(2016-008557)EMOL:R$ 8,49 FARPEN:R$ 0,25 FEMP:R$ 1,70 ISS:R$ 0,42
SELO DIGITAL: AEB91549-KOTE
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Wardiria Toscano de Sales
Tabelia Publica

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
2º AGD. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	SANDOVAL GUEDES RIBEIRO
DATA DE NASCIMENTO	05/02/86
NOME DA MÃE	VALDETE GUEDES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	945.761
Nº PRONTUARIO	97.401
DATA DO ATENDIMENTO	07/09/16
HORA DO ATENDIMENTO	19:47
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA (FACE) + CONTUSÃO CEREBRAL TEMPORAL D (PEQUENA) + HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE TRAUMÁTICA + LUXAÇÃO ESPOSTA DO 5º METACARPO E
CID 10	S 01.7 + S 06.3 + S 06.6 + S 63.1

Documentacao medico– hospital

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando TCE com relato de agitação mental + trauma de face com vários ferimentos, além de fratura exposta em mão E. Glasgow 12. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da face
RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
RX da mão E - AP e P
USG do abdome total - FAST

COMPREV COMPREV SEGURIDADE PREVIDENCIÁRIA S/A
20 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

Contusão cerebral temporal D (pequena) + hemorragia subaracnóide traumática à TC do crânio. Luxação exposta do 5º metacarpo E ao RX. Sem alteração à TC da face, USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Rômulo Castro.

ALTA HOSPITALAR: 13/09/16
DATA DA EMISSÃO: 20/02/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CRM/PB 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

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico

BE.: 045781
NOME: VALDETE GUEDES
END.: BRAULIO
N. 126 - CENTRO
GUARABIRA
FONE: ( )
CELULAR: (83) 98822584
IDADE: 02
DT. ENTRADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: | IDADE:

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

Vítima de acidente de motocicleta apontado
trauma em face e fratura exposta em mão
esquerda. Paciente agitada e mas colaborativo

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS (X) Livres ( ) Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: (X) Sim ( ) Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA (X) Sim ( ) Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA (X) Sem dificuldade
( ) Com dificuldade
( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA
( ) APNÉIA
AUSCULTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD: (X) Presente e normal ( ) Rude ( ) Diminuído ( ) Ausente
HTE: (X) Presente e normal ( ) Rude ( ) Diminuído ( ) Ausente

2 - RUÍDOS
( ) sim — HTD: Roncos, Sibilos, Estertores — HTE: Roncos, Sibilos, Estertores
(X) Não

_____ imp SaO_2 _____%

CIRCULAÇÃO
COR DA PELE: (X) Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Pletórica ( ) Ictérica
TEMPERATURA DA PELE (X) Normal ( ) Quente ( ) Fria
PULSO (X) Normal ( ) Aumentado ( ) Fino ( ) Ausente
AUSCULTA CARDÍACA
RÍTMO (X) Regular ( ) Irregular ( ) Ausente
BULHAS (X) Normatonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Ausente
SOPRO ( ) Presente ( ) Ausente
BE OU B4 ( ) Sim ( ) Não
FC: _____ bmp **PA:** _____X_____ **mmHg T:** _____°C
ECG: _____

ABDOMEN: Plano à palpação

DÉFICIT NEUROLÓGICO
Pupilas: ( ) Fotorreagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas (diferença = _____mm)
Escala de Glasgow:

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:	12				

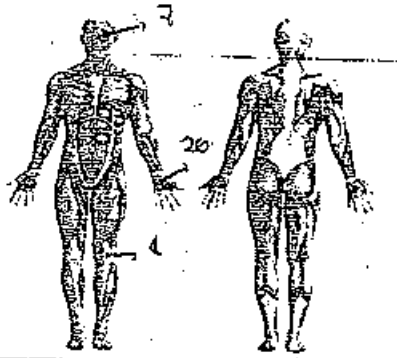
F(NG).CC.001-1

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

OBS.:

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

EXAMES SOLICITADOS
X Radiografias
( ) Ultrassonografia (FAST)
( ) Tomografia computadorizada
( ) Lavado peritonial
( ) Gasometria arterial
( ) Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Medicado		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO
Solicito parecer da Ortopedia / Neuro às ___:___ do dia ___/___/___
Solicito parecer da Bucomaxilo / às ___:___ do dia ___/___/___

DESTINO DO PACIENTE
( ) Centro cirurgico
( ) Tranferencia (unidade de saúde) _____
( ) Internado (setor) _____
( ) Alta hospitalar ( ) Decisão médica ( ) A pedido ( ) A revalia ( ) Desistência
( )Óbito ( ) Até 48 hs. ( ) Após 48 hs. ( ) Família ( )IML ( ) SVO

DATA DA SAÍDA HORAS: ___/___/___ ___:___

_____ ASSIN
ATURA/CARIMBO

_____ ASSIN
ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.DD1-1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

BE: 945761
SANDOVAL GUEDES RIBEIRO
DT. NASC.: 01/01/1954
MAE: VALDETE GUEDES
END.: BARULIO
N. 128 - CENTRO
GUARABIRA
FONE: ()
CELULAR: (83) 9965522664
IDADE: 62
DT. ENTRADA:

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
08.09.16	00:50	TBMF = Paciente vítima de acidente motociclístico há aproximadamente 06 horas (S.T.C). No momento encontra-se desacordado, taquipneico e consciente em uso hospitalar. Paciente não apresenta a avaliação clínica, realização dos exames e avaliação de dítima em face. C.A: ① Aguardo melhora dos quadros clínicos para realização da BMF. Patrício Silva CRO 4041
10/09/16	7:40	BMF Paciente em BEG, suturas em planos, hemiface esquerda com sinais de edema, febre, sem queixas álgicas. C.A: ① Aguardar laudos das clínicas especializadas para definir conduta p/ BMF. Olívia Bruna Crisi L. Mendonça Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial CRO/PB 4149
11/09/16	09:00	Paciente em B.E.G. e aguardando agendamento cirúrgico. Olívia Bruna Crisi L. Mendonça Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial CRO/PB 4149

F(NG).ENF.018-1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HEETSHL

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
11-09-2016		S. Social Assinado Termo de Responsabilidade p/ Pacientes Flaviones e Capazes. Anexado a prontuário.
		BMC 12/09/16 Paciente em enfermaria em bom aspecto geral, orientado, deambula, alimenta-se, higiene oral para próprio cuidado.
		13/09/16 Paciente reavaliado após regressão do edema e higiene oral. Apresenta lesões de complexo zigomático sem deslocamento, movimentos oculares preservados.

(NG).ENF.018-1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HERTSEL

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
08/09/16	16:40	#B.M.F.# Paciente vítima de acidente motociclístico. Encontra-se lucido orientado ao exame clínico de F.C.C. apresenta Ed.= c/ equimose periorbitária (E), equimose periorbital (E), F.C.C. c/ fechamento recuperação c/ 1m 15cm, Acuidade visual preservada, vias aéreas permeáveis, ausência de sinais mandibulares, ausência do exame de lesões apresenta fratura de parede lateral da órbita (E) e parede posterior do seio maxilar (E) C.D.(1) Redução aberta fratura de Órbita (2) Redução de Sutura

Adriano Maxilio Quirino
Bacharel Maxilio Quirino
CNES 130.855.165-15
CRO-PB 4.[illegible]

11/09/16 #NCR
às 11h40 # HSAT / contusão temp.

Atualmente estável
sem intercorrências
Glasgow 15
sem deficit motor

TCC de controle com mínima contusão temporal (D) em melhora

Alta na NCR

Dr. George A. C. Menezes
Neurocirurgia | Neurorradiologia
Intervencionista
CRM-PB 6346

F(NG).ENF.018-1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HEETSHL

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
08/03/21		Anatomia (pós-op.)
		# Ginecologia [illegible]
		# Por [illegible] de Avaliação [illegible], com quadro de TCE.
		# No exame físico: [illegible] - [illegible] em face anterior do 5º dedo da mão (D).
		# No ex: luxação e amputação [illegible] - fratura do 5º dedo.
		# CD: no bloco cirúrgico p/ lavagem + desbridamento + redução.
		(pós-operatório)
		# Paciente evoluindo à melhora [illegible] de [illegible] - fratura do 5º dedo, sem [illegible] + sutura de [illegible].
		# CD: Médico da Vigilância Cruz Vermelha — Enfermeira: COR. Número.

F(NG).ENF.018-1

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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: [illegible]			Registro:		
Idade: 50	Sexo: M	Cor:	Clínica: CMF	EMP:	LR:
Data: 08.09.16	Cirurgião: Dr. Adriano		1° Assistente:		
2° Assistente		3° Assistente	Instrumentador:		
Anestesista:		Tipo de Anestesia: Local	Hora Início: 16:40	Hora termino: 17:00	

Diagnostico(s) Pós-Opertório	CID
Múltiplos ferimentos em face	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
Suturas em face	

Acidente durante ato cirúrgico 1°sim 2°não	Descreva:	
Biopsia de congelação:	1° sim	2° não
Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico:	1° enfermaria 3° residência	2° terapia intensiva 4° óbito durante ato cirúrgico

08 / 09 / 2016
João Pessoa - Data

Adriano Borges Maxito Quirino
CNES 17652
CRO 2[illegible]/PB
Ass. do Médico / CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1) PACIENTE EM DDM

2) ANESTESIA

Incisão:

3) ASSEPSIA DO CAMPO OPERATÓRIO

4) INFILTRAÇÃO COM ANESTÉSICO COM VASO

Achados:

5) SUTURAS POR PLANOS ANATÔMICOS

6) LIMPEZA DE CAMPOS OPERATÓRIOS

Conduta:

7) PACIENTE ENCAMINHADO AO RPP

Fechamento:

Observação:

Data, João Pessoa 08 de SETEMBRO de 2016

Adriano Bucar Maxillo Faciais
CNES 130.652.455.040.005
CRO 2442/PB

Assinatura/carimbo

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETISHI

Nome: [illegible] BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: (X)Masculino ( )Feminino Cor: _____ Data: __/__/__

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: redução fechada de luxação do 5º dedo mão (E).

Cirurgião: Dr. [illegible] 1º Assistente: Dr. [illegible] (R3).

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. [illegible]

Tipo de Anestesia: [illegible] Horário: Início __:__ Término __:__

	Diagnóstico Pós-Operatório	CID
	Luxação de articulação metacarpo-falangeana do 5º dedo da mão (E). + luxação exposta	

	Procedimentos Cirúrgicos	Código
	(1) redução fechada de luxação exposta.	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim (X)Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ( )Sim (X)Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(X)Enfermaria ( )Terapia Intensa ( ) Residência ( )Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 08/09/16

Médico/CRM: Dr. [illegible] CRM [illegible]

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Raimundo Jerônimo Ribeiro

IDADE: 60 DE: 24/02/60 PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO:

CIRURGIA: Redução incruenta do sítio de fratura + Ferida de face

CIRURGIÃO: Dr. Raimundo + Dr. Matheus + Dr. Adriano Guimarães

ANESTESIA: local

ANESTESISTA: Dr. Jorge

INSTRUMENTADOR:

DATA: 08/09/2020 INÍCIO CIRÚRGICO: ANESTESIA: INÍCIO: FIM: CIRURGIA: INÍCIO: 16:40 - T 18:00 - 2

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTS): T: 17:00.

ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.
ALFENTANILA	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	
BUPIVACAÍNA PESADA	
CETAMINA	
DROPERIDOL	
ETOMIDATO	
FENOBARBITAL	
FENTANILA	
FLUMAZENIL	
ISOFLURANO	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	
LIDOCAÍNA C/ VASO	1
LIDOCAÍNA S/ VASO	
MIDAZOLAN	
MORFINA	
NIMBIUM	
PANCURÔNIO	
PETIDINA	
PROPOFOL	
RAMIFENTANILA	
ROCURÔNIO	
SEVOFLURANO	
SUXAMETÔNIO	
TIOPENTAL	

SOLUÇÕES	QTD.
ÁLCOOL ETÍLICO 70%	
PVPI DEGERMANTE	
PVPI TINTURA	
PVPI TÓPICO	
SABÃO ANTISÉPTICO	

MATERIAIS	QTD.
AGULHA 13X4,5	
AGULHA 25X07	
AGULHA 25X08	
AGULHA 40X12	
AGULHA PERIDURAL Nº16	
AGULHA PERIDURAL Nº17	
AGULHA PERIDURAL Nº18	
AGULHA RAQUI Nº25G	
AGULHA RAQUI Nº26G	
AGULHA RAQUI Nº27G	
ALGODÃO ORTOPÉDICO	
ATADURA DE CREPOM	
ATADURA GESSADA	
BOLSA P/ COLOSTOMIA	
CÁPSULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	
CATETER DE OXIGÊNIO	
CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº	
CATETER EPIDURAL Nº16	
CATETER EPIDURAL Nº17	
CATETER EPIDURAL Nº18	
CERA PARA OSSO	
COBERT. URINA FECHADO	
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
DRENO DE PENROSE	
DRENO DE SUCÇÃO	
ELETRODOS	
EQUIPO MACROGOTAS	
EQUIPO TRANSF. SANGUE	
EQUIPO MICROGOTAS	
ESPONJA DE PVPI	
ESPARADRAPO	
GAZES	
GAZES ALGODOADAS	
GEL ELETROLÍTICO	
JELCO Nº14	
JELCO Nº16	

MATERIAIS CONT.	QTD.
JELCO Nº18	
JELCO Nº20	
JELCO Nº22	
JELCO Nº24	
KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	
LÂMINA BISTURI Nº11	
LÂMINA BISTURI Nº15	
LÂMINA BISTURI Nº23	
LÂMINA BISTURI Nº24	1
LÂMINA DE DERMÁTOMO	
LÂMINA DE ENXERTO	
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	20
LUVA ESTÉRIL Nº7,0	
LUVA ESTÉRIL Nº7,5	
LUVA ESTÉRIL Nº8,0	1
LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
MÁSCARA CIRÚRGICA	04
MULTIVIAS	
PERFURADOR DE SORO	1
SCALP Nº19	
SCALP Nº21	
SERINGA 3ML	
SERINGA 5ML	
SERINGA 10ML	1
SERINGA 20ML	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
SONDA NASOG. CURTA	
SONDA NASOG. LONGA	
SONDA URETRAL Nº	
TORNEIRINHA	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO SILICONE (LATEX)	

MEDICAÇÕES	QTD.
ADRENALINA	
ÁGUA DESTILADA	
ATROPINA	
BEXTRA	
CEFAZOLINA	1
DEXAMETASONA	
DIPIRONA SÓDICA	
EFEDRINA	
FUROSEMIDA	
GLICOSE 50%	
GLUCONATO DE CÁLCIO	
HIDROCORTISONA	
LIDOCAÍNA GELÉIA	
ONDASETRONA	
PLASIL	
PROSTIGMINE	
PROTAMINA	
TENOXICAN	

FIOS	QTD.
FIO ALGODÃO S/A Nº	
FIO ALGODÃO S/A Nº	
FIO ALGODÃO C/A Nº	
FIO ALGODÃO C/A Nº	

FIOS	QTD.
FIO CAT GUT CROMADO Nº	
FIO CAT GUT CROMADO Nº	
FIO DE AÇO Nº 21-0	1
FIO DE AÇO Nº 5-0	1
FIO DE NYLON Nº	
FIO DE NYLON Nº	
FIO DE NYLON Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIGLECAPRONE Nº	
FIO SEDA Nº	
FITA CARDÍACA	

MATERIAL ESPECIAL	QTD.
CATETER DE PIC	
CIMENTO CIRÚRGICO	
CLIP TITÂNIO LIGADURA	
FIO DE KIRSCHNNER Nº	
FIO DE KIRSCHNNER Nº	
FIO STEINMAN Nº	
FIO STEINMAN Nº	
GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
HEMOST. ABSORVÍVEL	
KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
PRÓTESE VASCULAR	
KIT. PAM	
FIXADOR EXTERNO	

EMPRESA
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS MALEOLAR
PARAFUSOS MALEOLAR
PLACA
PLACA

EQUIPAMENTOS
( ) ASPIRADOR
( ) BISTURI ELÉTRICO
( ) CAPNÓGRAFO
( ) CARDIOMONITOR
( ) DESFIBRILADOR
(X) FOCO AUXILIAR
(X) FOCO CENTRAL
( ) MICROSCÓPIO
(X) OXÍMETRO DE PULSO
( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
( ) PERFURADOR ELÉTRICO
( ) SERRA

Maria Elizabete da S. Pereira
Téc. Enfermagem
COREN 81604

CIRCULANTE: Mª Fernanda

F(NO) ASCIR 021-3

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

FICHA DE ANESTESIA

HEETSHL

DATA: 08/09/16 PRONTUÁRIO:

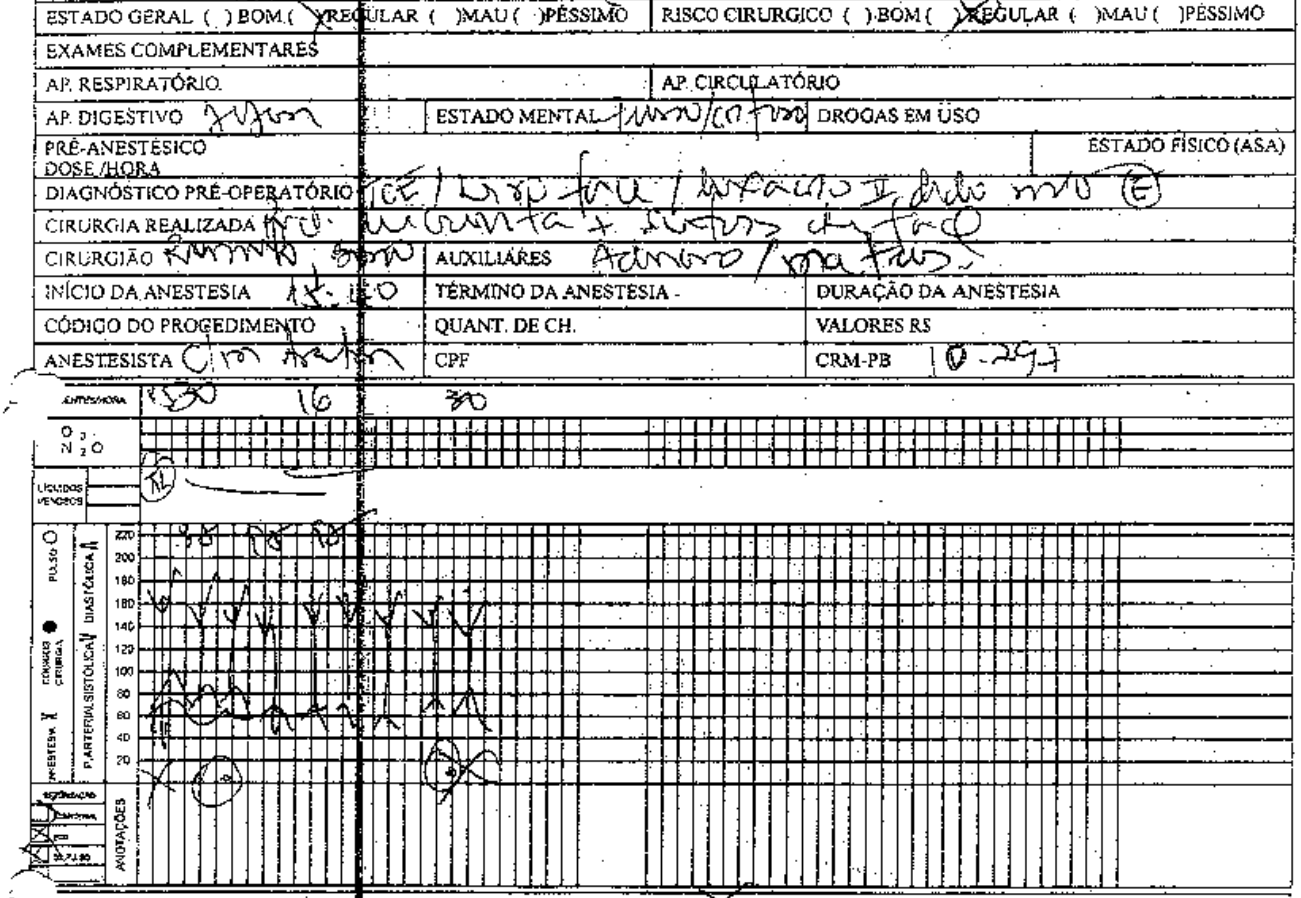
PACIENTE: Sandra Gurgel Ribeiro	SEXO: F	COR:	IDADE: 32a

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO 70/100	RESPIRAÇÃO 17	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO — RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO	
AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL	DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA			ESTADO FÍSICO (ASA)
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	ICE / Lap. trau / Infarto II / dbt mel (E)		
CIRURGIA REALIZADA	Laparotomia + sutura de fígado		
CIRURGIÃO	AUXILIARES		
INÍCIO DA ANESTESIA 15:50	TÉRMINO DA ANESTESIA -	DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R$	
ANESTESISTA	CPF	CRM-PB 10-297	



☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☒ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS

TÉCNICA: Bl. nervo ulnar (E)

LÍQUIDOS	Volume em ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
GLICOSE	1	Lidocaína 2% 15ml	11
NaCl	2		12
SANGUE	3	Cefazol. 2g	13
RINGER	4		14
TOTAL	5		15
DESTINO DO PACIENTE	6		16
☐ APT* ☐ ENFERMARIA	7		17
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	8		18
	9		19
☐ OUTROS	10		20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Clóvis Y. Arataní
Médico Anestesiologista
CRM 10.297/PB

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F.(NG).ASCIR.025-1

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR
HUMBERTO LUCENA

LAUDO MÉDICO / RESUMO DE ALTA

SANDOVAL GUEDES RIEIRO				945761	
	SEXO: MASCULINO	COR	CLÍNICA: NEUROCIRURGIA	INT.: 1	EFTO: 1
DATA DE ADMISSÃO: 07/09/2016	DATA DE ALTA: 13/09/2016			TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO: 9	

DIAGNÓSTICO: TRAUMATISMO CRANIANO / CONTUSÃO CEREBRAL — CID: S06.0

OUTROS DIAGNÓSTICOS: HSA TRAUMÁTICA

EXAMES LABORATORIAIS: TC CRANIO: PEQUENA CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA, HSA TRAUMÁTICA, SEM DESVIO DA LINHA MÉDIA OU EFEITO COMPRESSIVO

CIRURGIA REALIZADA (DATA E DESCRIÇÃO):

ANTIBIÓTICO: NÃO

INTERNAÇÃO ANT.		SIM		NÃO		COMA DEPARTAMENTAL		SIM		NÃO

CONDIÇÕES DE ALTA:

	X	MELHORADO		REMOVIDO		A PEDIDO		CURADO		ÓBITO

PACIENTE APRESENTOU BOA EVOLUCAO NEUROLOGICA DURANTE SEGUIMENTO, AFEBRIL
VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TRAUMATISMO CRANIANO
GLASGOW 15, SEM DEFICIT FOCAL
ORIENTADO SOBRE NECESSIDADE DE RETORNO AMBULATORIAL.
ALTA PARA SEGUIMENTO MEDICO NO HTOP (AMBULATORIO DE NEUROCIRURGIA)

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: LIVRE

REPOUSO: Relativo em casa por 30 dias
Retorne as atividades sem esforço físico em 60 dias
Retorne atividades com esforço físico leve em 90 dias e com esforço intenso em 180 dias

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" [illegible] ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Sen. Humberto Lucena

MEDICAÇÕES PARA CASA: em anexo.

RETORNO AO HTOP. AMBULATÓRIO DA NEUROCIRURGIA (LIGAR PARA AGENDAR) 3214-2911

RECEBI ALTA DA NEUROCIRURGIA NESTA DATA

DR. EMERSON MAGNO - CRM-6215

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Dr. Emerson Magno de Andrade
NEUROCIRURGIÃO FUNCIONAL
CRM-PB 6215

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

CLÍNICA NEUROCIRÚRGICA

NOME	SANDOVAL GUEDES RIEIRO				
ENF.	6	LEITO	1	DATA	13/09/2016

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR. SANDOVAL GUEDES RIEIRO ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL DE 07/09/2016 A 13 09 2016 DEVENDO PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES POR 120 DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ALTA HOSPITALAR.
CID: S06.9

Dr. Emerson Magno de Andrade
NEUROCIRURGIÃO FUNCIONAL
CRM-PB 6215

	DR. EMERSON MAGNO CRM-PB 6215		

Documentos de identificacao

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
SANDOVAL GUEDES RIBEIRO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
37799565 SSP/BD

CPF
518.433.824-15

DATA NASCIMENTO
05/02/1966

FILIAÇÃO
SEBASTIAO GALDINO RIBE
IRO
VALDETE GUEDES

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01860369584

VALIDADE
03/04/2022

1ª HABILITAÇÃO
29/06/2001

OBSERVAÇÕES

Sandoval Guedes Ribeiro
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SAO PAULO, SP

DATA EMISSÃO
03/04/2017

Marinck Borges de Moura Vieira Gerente Presidente do Detran-SP
ASSINATURA DO EMISSOR

20709262467
SP050813972

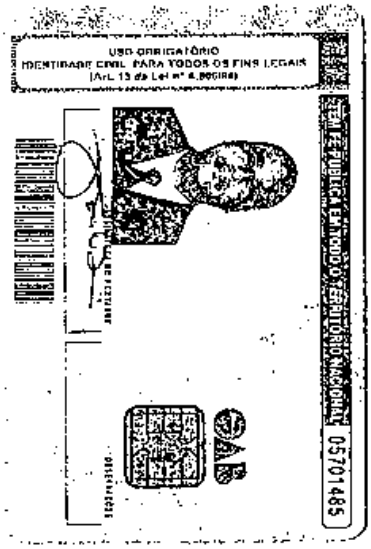
SÃO PAULO

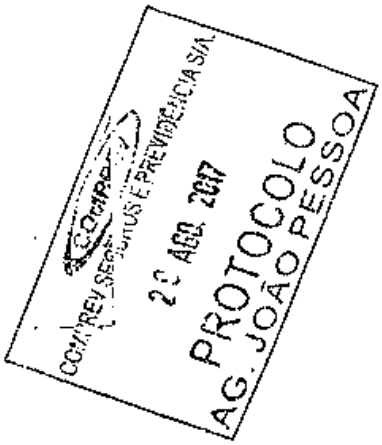
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1430535810

PROIBIDO PLASTIFICAR
1430535810

COMARE/SEGURIDAD PREVIDENCIA SA
20 ABR 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Documentos de identificacao





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170477573 **Cidade:** Baía da Traição **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO **Data do acidente:** 07/09/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA QUANTO AS POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170477573 **Cidade:** Baía da Traição **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: SANDOVAL GUEDES RIBEIRO **Data do acidente:** 07/09/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO-FACIAL (FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA E FACE), CONTUSÃO CEREBRAL TEMPORAL DIREITA (PEQUENA), COM HEMORRAGIA SUBARACNÓIDEA TRAUMÁTICA) E FRATURA LUXAÇÃO ABERTA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE CEFALEIA CRÔNICA, TONTURAS, SÍNCOPES FRAQUENTES E AGITAÇÃO PSICOMOTORA, CONSTATADA NA ENTREVISTA PERICIAL. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA MÚLTIPLAS CICATRIZES FACIAIS, SEM REPERCUSSÕES FUNCIONAIS. CICATRIZ CIRÚRGICA NO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO COM RETRAÇÃO TECIDUAL, PSEUDO ARTROSE E DEFORMIDADE DA FALANGE MÉDIA, LIMITAÇÃO DA FORÇA E DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TRAUMA CRANIANO E SUTURAS DA FACE. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FORÇA E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E OSTEOSSÍNTESE PARA A FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO QUE EVOLUIU COM RETRAÇÃO TECIDUAL, PSEUDO ARTROSE E DEFORMIDADE DA FALANGE MÉDIA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico, Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/09/2017

Conduta mantida:

Observações: SEQUELAS PÓS TRAUMÁTICAS DE HEMATOMA SUBARACNOIDE, COM REPERCUSSÕES NA FORÇA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. DEFORMIDADE ANATÔMICA E FUNCIONAL DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

UF do CRM do médico: PB

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 neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R$ 3.375,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R$ 1.012,50
		Total	**32,5 %**	**R$ 4.387,50**

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Procuracao

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:
Samdoval Guedes Ribeiro,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão mestre de obra, CI RG nº 3779956 5,
CPF/MF nº 518.433.824-15, residente e domiciliado(a) à Rua Braulio Martins, 126 - Sta Terezinha,
Cidade de Guarabira, Estado Paraíba, CEP: 58200000, telefone 83-99342-1170, 83-3512-8500.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Guarabira, 03 de outubro de 2016.

Cartório Toscano de Sales

Samdoval Guedes Ribeiro
OUTORGANTE

COMPREV SEGURIDADE PREVIDENCIÁRIA
20 ABR 2017
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Reconheco, como autentica a verdadeira, a(s) firma(s)
SAMDOVAL GUEDES RIBEIRO
Em testo da verdade. Guarabira-PB 03/10/2016 15:57
Rosero Fernandes Costa Filho - Escrevente
(2016-00825) SELO DIGITAL: AEM0747-SGC
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): ***SANDOVAL GUEDES RIBEIRO*** **Sinistro:** ***3170477573*** **Data:** ***07/09/2016***

Endereço do(a) Examinado(a): ***BRAULIO MARTINS, 126 - STA TEREZINHA - Guarabira - PB - CEP 58200-000***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /SP***] ***37799565***

Data local do exame: [***13/09/2017***] ***João Pessoa*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMA CRÂNIO-FACIAL (FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA E FACE), CONTUSÃO CEREBRAL TEMPORAL DIREITA (PEQUENA), COM HEMORRAGIA SUBARACNÓIDEA TRAUMÁTICA) E FRATURA LUXAÇÃO ABERTA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. . A VÍTIMA REFERE CEFALEIA CRÔNICA, TONTURAS, SÍNCOPES FRAQUENTES E AGITAÇÃO PSICOMOTORA, CONSTATADA NA ENTREVISTA PERICIAL. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA MÚLTIPLAS CICATRIZES FACIAIS, SEM REPERCUSSÕES FUNCIONAIS. CICATRIZ CIRÚRGICA NO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO COM RETRAÇÃO TECIDUAL, PSEUDO ARTROSE E DEFORMIDADE DA FALANGE MÉDIA, LIMITAÇÃO DA FORÇA E DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TRAUMA CRANIANO E SUTURAS DA FACE. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FORÇA E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E OSTEOSSÍNTESE PARA A FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO QUE EVOLUIU COM RETRAÇÃO TECIDUAL, PSEUDO ARTROSE E DEFORMIDADE DA FALANGE MÉDIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [***X***] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Dano neurológico, Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31o da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Sistema Nervoso Central

% do dano: ( ) 10% residual (***X***) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
5º quirodáctilo esquerdo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio (***X***) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

SEQUELAS PÓS TRAUMÁTICAS DE HEMATOMA SUBARACNOIDE, COM REPERCUSSÕES NA FORÇA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. DEFORMIDADE ANATÔMICA E FUNCIONAL DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08008971720208152001

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

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R$ 4.387,50 (QUATRO MIL E TREZENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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, 8 de junho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB