



Número: **0800528-26.2020.8.15.0351**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Sapé**

Última distribuição : **19/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.102,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUIZ SILVINO RIBEIRO (AUTOR)	JOSE ALVES DA SILVA NETO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33180 092	13/08/2020 11:42	<a href="#"><u>2742887_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **LUIZ SILVINO RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3180166150**  
Vitima: **LUIZ SILVINO RIBEIRO**  
Data do Acidente: **15/02/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180166150**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12672550



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **LUIZ SILVINO RIBEIRO**  
Nº Sinistro: **3180166150**  
Vitima: **LUIZ SILVINO RIBEIRO**  
Data do Acidente: **15/02/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180166150**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 00577/00578 - carta\_03 - INVALIDEZ

00090289  


A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 12702710

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **LUIZ SILVINO RIBEIRO**

**Sinistro:** **3180166150**  
**Vítima:** **LUIZ SILVINO RIBEIRO**  
**Data do Acidente:** **15/02/2018**  
**Cobertura:** **INVALIDEZ**  
**Procurador:** **JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180166150** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL  CPF da Vítima  Nome completo da vítima

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

Nome completo <i>Luis Sílvio Ribeiro</i>	CPF titular da conta <i>629723406-34</i>	Profissão
Endereço <i>avenida Antônio justino</i>	Número <i>182</i>	Complemento
Bairro <i>Vila Brasilândia</i>	Cidade <i>Sapé</i>	Estado <i>Pará</i>
Email <i></i>	CEP <i>38340-000</i>	Telefone (DDD) <i>(83) 99251-0139</i>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N.R.O.  D/V  CONTA N.R.O.  D/V  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO <i>Bradesco</i>	N.R.O. <i>237</i>		
AGÊNCIA N.R.O. <i>2150</i>	D/V <input type="text"/>	CONTA N.R.O. <i>00166871</i>	D/V <input type="text"/>
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*Sapé, 09 de abril de 2018*  
Local e Data

*Luis Sílvio Ribeiro*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

*12 ABR. 2018*





**Bradesco**

**Dia & Noite**

BDN - BRADESCO DIA E NOITE  
EXTRATO CONTA FACIL TERM.058757

LUIS SILVINO RIBEIRO 08:16 HRS  
AGENCTA 2159 CONTA 0016687-1 06/ABR/2018

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL .....  
+ CONTA FACIL (C/C + POUP)

TOTAL DE RECURSOS .....

SALDO DISP. P/INVEST. .....

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)  
FEVEREIRO/2018

DIA	HISTORICO	N. DOCTO	VALOR
14	SALDO ANTERIOR		.....
			MARCO/2018
01	DEPOSITO CC BDN 0723721 Ags3835maq040723seq02721		.....
	S A L D O .....		.....
02	SAQUE C/C BDN 7337203 Ag02159maq017337seq0620302030651		.....
	S A L D O .....		.....
09	TRANS SAL P/C/C 0902159 BCD:237 AGE:02159 CTA:0799485-0		.....
	S A L D O .....		.....
12	SAQUE C/C BDN 7808925 AG02159MAQ007808SEQ0092510030625		.....
	SALDO TOTAL		.....

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS  
POUPANCA FACIL - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12  
DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)  
ANIVERSARIO 06/04/2018  
09 8,67  
01 0,00  
TOTAL .....

Demonstrativo para simples conferencia.  
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.  
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.  
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.  
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.  
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,  
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.  
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF  
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

12 ABR. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2020 11:42:57  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081311425728200000031760390>  
Número do documento: 20081311425728200000031760390

Num. 33180092 - Pág. 5

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
5ª DELEGAÇÃO SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SAPIÉ  
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.  
Telefone: (83) 3283-5949



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 641/2018

Aos CINCO dias do mês de ABRIL do ano de dois mil e DEZOITO, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Policia Civil **Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 15:30h; compareceu **LUIZ SILVINO RIBEIRO**, nascido aos 11.04.73, brasileiro, solteiro, natural de Santa Rita/PB, RG. 1.380148- SSP/PB, filho de Silvino Cosmo da Silva e de Tereza Ribeiro da Silva, residente na rua Antonio Justino-182- Bairro de Nova Brasília/Sapé/PB. O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 15/02/2018, por volta das 17:00, na rua José Semeão dos Santos- Portal II- Sapé/PB, o declarante conduzia UMA MOTO DE MARCA SUNDOWN/WEB, , DE - ANO 2006/2007, PLACA MOS6748/PB, de propriedade da senhora **MARIA APARECIDA MAXIMO DE PAIVA**; QUE o declarante ao conduzir sua Moto, perdeu o controle vindo cair ao solo; QUE fora socorrido pelo amigo de nome **GINO**, para o Hospital de Trauma da Cidade de Mangabeira ; QUE sofrera Lesões conforme Lido apresentado nesta D.P.O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

DECLARANTE: Luiz Silvino Ribeiro

ESCRIVÃ POLICIA: Cesarina Maria Araujo de Medeiros

DOCUMENTO ORIGINAL

12 ABR. 2018





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jauei Silviano Reisino

CPF da Vítima

629423101-31

Data do Acidente

15/02/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Sapé 09 de abril de 2018  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

12 ABR. 2018





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <b>LUIZ SILVINO RIBEIRO</b>				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 44	SEXO: masc	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.: 7	LEITO: 125
DATA DE ADMISSÃO: 15/02/2018		DATA DE ALTA: 01/03/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INCIAL FRATURA DE MALEOLO LATERAL D					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
TRATAMENTO TTO CIRURGICO + ATB					
PRINCIPAIS EXAMES E.F. + RADIOGRÁFICO					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA: AINE + ATB + ANALGESICO					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente com história de trauma em TORNOZELO D sendo submetido a tratamento cirúrgico PARA OSTEOSÍNTESE DE MALEOLO LATERAL D evoluindo sem intercorrências. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação analgésica e antibióticos. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo (a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**REPOUSO:** Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** analgésicos + antibióticos.

**RETORNO:** Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **15** dias para revisão. (DR. JORGE AUGUSTO)

01/03/2018

Dr. Tiago Braga / Pneumologo  
Médico  
CRM 10933-PB

ASS. MÉDICO / C.R.M

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

12 ABR. 2018



# BRADESCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: LUIZ SILVINO RIBEIRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02159-8

CONTA: 000000016687-1

---

Nr. Autenticação  
BRADESCO0309201805000000000237021590000001668733750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2020 11:42:57  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081311425728200000031760390>  
Número do documento: 20081311425728200000031760390

Num. 33180092 - Pág. 9

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luiz Sáhime Ribeiro

RG nº 1.380.148, data de expedição 02/02/06, Órgão SSP/ PB,

CPF nº 029.423.401-31, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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)	<u>Alamida Antônio Justino</u>
Número	<u>182</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Penha Brasília</u>
Cidade	<u>Sapé</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58340-000</u>
Telefone de Contato	<u>(33) 99159-0139 / (33) 98882-7550</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sapé, 09 de abril de 2018

Assinatura do Declarante: Luiz Sáhime Ribeiro

12 ABR. 2018



MARIA ANUNCIADA RIBEIRO DA SILVA  
 AV. ANTONIO JUJUBO, 102 - NOVA BRASILIA  
 SAPEL / PB CEP: 58600-000 (AD: 91)  
 Emissão: 07/02/2018 Referência: Fev / 2018  
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B/230 Km:26, Custo Residencial: Jijóia Pequena/PB - CEP:58071-160  
 Roline: 5-51-85-1320 NPI medidor: 00001298978  
 CMPU: 08095 189 / 0000140 - Incr. Est: 10015.0220  
 Nota Fiscal/Conta de Energia ENERGISA N°001 010.599  
 Cód. para Díta Automática: 00000412174

**Atendimento ao Cliente Energisa 0800 083-0196** | Acesse [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conte referente a	Apresentação	Data prevista de pagamento	Cod. Convenio
Fev / 2018	07/02/2018	12/03/2018	

**Última Contagem:**  
 - Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEB foi criada no dia 10/4/08, no dia 26 de abril de 2008.  
 - Levou dinheiro no chuveiro? Hora de chamar um eletricista. Não americano a fazer azinheira. Da um bairro de saramentozinho daquele, zika e chikungunya. Ministério da Saúde.  
 - Chama os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito.

**Anterior**  
 Data Lelitura Data Lelitura  
 12/01/18 15902 07/02/18 16090

**LANÇAMENTOS E SERVIÇOS**  
 0801 Consumo 0-100W-BR 30.000 0.28624  
 0801 Consumo - 31 a 150W-BR 70.000 0.43563  
 0801 Consumo - 101 a 220W-BR 70.000 0.55273  
 0810 Subsídio 42,43 42,43 23 11,47 47,72 0,56 2,46  
 0827 CONTRIBUICAO LIA PUBLICA 6,52 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00  
 0804 JUROS DE MORA 01/2018 0,04 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00  
 0805 MULTA 01/2018 2,00 0,00 0 0,00 2,00 0,00 0,00  
 0801 DOAÇÃO HOSPITAL NAPOLIAUREANO 02/2018 29,33 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00  
 0908 Devolução Subsídio 29,33 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CC: Código de Convenio - 00 do Item - TOTAL 114,14 122,93 34,51 122,93\* 122,93\* 5,87  
 VENCIMENTO 16/02/2018 TOTAL PAGA R\$ 114,14

164	182	184	220	172	172	160	182	188	187	175	168
Fev/18	Mari/17	Abri/17	Maio/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18

12 ABR. 2018  
 0-74 1408 54c9



CTC RECIFE PE JPA PLR

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO  
R DOUTOR ANTONIO PALITOT 175  
CASA BANCARIOS  
58051-780 JOAO PESSOA PB

Atendimento Claro - Ligue 1052  
Auto-Atendimento - Ligue \*1052#  
Na Web - [www.claro.com.br/minhaclaro](http://www.claro.com.br/minhaclaro)

00306676

DATA DE VENCIMENTO: 10/11/16 - DATA DE POSTAGEM: 01/11/16



7216210573115120000003944130011116

Número do seu Claro  
83 99190 0986

Período de Uso  
de 24/09/2016 a 23/10/2016

Vencimento  
10/11/2016

Total a Pagar  
R\$ 60,84

12 ABR. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2020 11:42:57  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081311425728200000031760390>  
Número do documento: 20081311425728200000031760390

Num. 33180092 - Pág. 12

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA APARECIDA MÁXIMA DE PAIVA,

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição 1/1,  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 788.966.304-87, com  
domicílio na cidade de SAPE, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. URBANO GUEDES, nº 419,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima LUIZ SILVINO RIBEIRO, cujo o condutor era  
LUIZ SILVINO RIBEIRO.

Veículo: SUNDOWN / WEB 300

Modelo: 2007

Ano: 2006

Placa: M05-6748/PB

Chassi: 9453XF B467M033564

Data do Acidente:

Local e Data: SAPE 09.04.2018

Maria Aparecida Máximo de Paiva

Assinatura do Declarante

Luis Silvino Ribeiro

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

**GF** **Feliciano da Silva**  
Sociedade de Notariais e Registrárias, SRL, Firmas SRL  
MARIA APARECIDA MÁXIMA DE PAIVA

Em test. da verdade, Sape-PB 03/04/2018 10:38:11  
Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrivente  
[2018-002834]ENH/CR 9,48 FEP/CR 0,28 FEP/CR 1,90  
SELO DIGITAL: AGR98204-2304  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

**CARTÓRIO ÚNICO**  
Av. Com. Benito Ribeiro Coutinho, 1746  
Fone: (83) 3265-2541/9315-3165  
CEP 58340-000 - Sape - PB

DOCUMENTO ORIGINAL

12 ABR. 2018





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <b>LUIZ SILVINO RIBEIRO</b>				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 44	SEXO: masc	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.: 7	LEITO: 125
DATA DE ADMISSÃO: 15/02/2018		DATA DE ALTA: 01/03/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE MALEOLO LATERAL D				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
TRATAMENTO TTO CIRURGICO + ATB					
PRINCIPAIS EXAMES E.F. + RADIOGRÁFICO					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA: AINE + ATB + ANALGÉSICO					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM ( X ) NÃO		COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA ( X ) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( ) ÓBITO					

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente com história de trauma em TORNOZELO D sendo submetido a tratamento cirúrgico PARA OSTEOSSÍNTESE DE MALEOLO LATERAL D evoluindo sem intercorrências. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação analgésica e antibióticos. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo (a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**REPOUSO:** Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** analgésicos + antibióticos.

**RETORNO:** Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **15** dias para revisão. (DR. JORGE AUGUSTO)

01/03/2018

Dr. Tiago Braga Pinheiro  
Médico  
CRM 0933-RB

ASS. MÉDICO / C.R.M

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

12 ABR. 2018





07

## CERTIDÃO

Nº. 0898/2018

Atendendo solicitação de LUIZ SILVINO RIBEIRO de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 102818 e Prontuário nº 2018.02.2037 ,pertencentes ao **mesmo** que foi atendido dia 15/02/2018 às 10h47min, vítima de atropelamento, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/02/2018.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de Junho de 2018

Rosangela M. Escorel Almeida  
Médico Intensivista  
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

25 JUL. 2018





## RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Edualdo do Salvo

Encaminhamento

Pet el pico heretensis

PA, 190 x 120 mm

=====

25/03/17

M. do Socorro de L. Santos  
Psiquiatra  
CRM-PB 7108  
Assinatura: CNS 02934135390009

25 JUL. 2018





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Luiz Silviano Ribeiro Data da Admissão: 1/1/1

Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1/1

QPD: Dei um tanguela (D) depois atropelante

HDA: Quando veio queria ir de casa depois atropelante

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ]Prurido [ ]Sudorese [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoco: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

AR e ACV: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise [ ]Dispnéia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume

AGU: [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_

SME: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

SN e PSQ: [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_ [ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa [ ]HTF

[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ mmHg

FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: Rx. Fular. Se mafuso lento (D)

Hipóteses Diagnósticas: Fular se mafuso lento (D)  
② Plectus em tórax (D)Conduta: ② alteração lg. CV/12126 por 72h  
② Exames laboratoriais  
② falar Beto  
② instaurar hipótese  
② SUELOS CCG ② Mela agravada



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Luiz Almino Ribeiro</i>				Registro:	
Idade: <i>44</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>Clínica:</i>		EMP: <i></i>	LR: <i></i>
Data: <i>26/07/18</i>	Cirurgião: <i>Dr. Jorge Augusto</i>			1º Assistente: <i>Tiago Re</i>	
2º Assistente: <i></i>	3º Assistente: <i></i>			Instrumentador: <i></i>	
Anestesista: <i>Dr. Juhelone</i>	Tipo Anestesia: <i>Gaspar</i>			Horário: <i>I:</i>	<i>T:</i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fract. de maléolo lateral direito</i>					CID
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <i>Ok</i>					CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <i>Extensão de maléolo lateral d.</i>					CÓDIGO
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input type="checkbox"/> ) Não	Descreva: <i>25 JUL. 2018</i>		
Biópsia de Congelação:		1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2020 11:42:57  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081311425728200000031760390>  
Número do documento: 20081311425728200000031760390

Num. 33180092 - Pág. 19

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- ① Paciente em ORH sob anestesia
- ② amepia + automeia + grande amarreto
- ③ amepia + automeia.

### Incisão:

- ④ Fissura em regrão posterolateral em regrão de tangulo D.

### Achados:

- ⑤ fratura de fundo lateral D.

### Conduta:

- ⑥ Relevo aberto + fissura reta de fratura de fundo lateral D com 3 planos 7 furos 1/3 tubular + ó parafuso sob amepia.

- ⑦ Lavagem com soro fisiológico.

### Fechamento:

- ⑧ Sutura de fundo operatório por planos
- ⑨ curativo enxujo com gaze reta
- ⑩ tule bota + amepia de antíodo

### OBS:

Data: 26/02/10

Dr. Tiago Bruno F. Pinto  
Médico  
CRM 10033-PB  
ORLÉTICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

25 JUL. 2018



12 ABR. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2020 11:42:57  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081311425728200000031760390>  
Número do documento: 20081311425728200000031760390

Num. 33180092 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2020 11:42:57  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081311425728200000031760390>  
Número do documento: 20081311425728200000031760390

Num. 33180092 - Pág. 22



Feliciano da Silva  
Serviço Notarial e Registral

RA:

000

Rua 201, Centro, João Pessoa, PB, 58000-000  
Fone: (83) 3222-2341/4513-3163

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original  
Sape-PE 08/01/2018 Testemunha da verdade,  
Hedilice Lava (fone de Freitas Santos - escreve e  
SELO DIGITAL: 46676631-1000

Confira a autenticidade no link: <https://seledigital.tjpb.mg.br>

REPUBLICA FEDERATIVA DO  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N.º 0138136888371

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO

VIA	PRT	20170800013440-8
1	0090594283-3	00/00000000

MARIA APARECIDA MAXIMO DE PAIVA  
RUA URBANO GUEDES 419 CASA  
CENTRO  
58340000 SAPE - PB

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	78696630487

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

CONTRIBU

REPUBLICA FEDERATIVA DO  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N.º 0138136888371

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO

VIA	PRT	20170800013440-8
1	0090594283-3	00/00000000

MARIA APARECIDA MAXIMO DE PAIVA

RUA URBANO GUEDES 419 CASA  
CENTRO  
58340000 SAPE - PB

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	78696630487

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

CONTRIBU

REPUBLICA FEDERATIVA DO  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N.º 0138136888371

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO

VIA	PRT	20170800013440-8
1	0090594283-3	00/00000000

MARIA APARECIDA MAXIMO DE PAIVA

RUA URBANO GUEDES 419 CASA  
CENTRO  
58340000 SAPE - PB

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	78696630487

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

CONTRIBU

REPUBLICA FEDERATIVA DO  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N.º 0138136888371

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO

VIA	PRT	20170800013440-8
1	0090594283-3	00/00000000

MARIA APARECIDA MAXIMO DE PAIVA

RUA URBANO GUEDES 419 CASA  
CENTRO  
58340000 SAPE - PB

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	78696630487

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

CONTRIBU

REPUBLICA FEDERATIVA DO  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N.º 0138136888371

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO

VIA	PRT	20170800013440-8
1	0090594283-3	00/00000000

MARIA APARECIDA MAXIMO DE PAIVA

RUA URBANO GUEDES 419 CASA  
CENTRO  
58340000 SAPE - PB

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	78696630487

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

CONTRIBU

REPUBLICA FEDERATIVA DO  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N.º 0138136888371

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO

VIA	PRT	20170800013440-8
1	0090594283-3	00/00000000

MARIA APARECIDA MAXIMO DE PAIVA

RUA URBANO GUEDES 419 CASA  
CENTRO  
58340000 SAPE - PB

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	78696630487

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

CONTRIBU

REPUBLICA FEDERATIVA DO  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N.º 0138136888371

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO

VIA	PRT	20170800013440-8
1	0090594283-3	00/00000000

MARIA APARECIDA MAXIMO DE PAIVA

RUA URBANO GUEDES 419 CASA  
CENTRO  
58340000 SAPE - PB

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	78696630487

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

CONTRIBU

REPUBLICA FEDERATIVA DO  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N.º 0138136888371

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO

VIA	PRT	20170800013440-8
1	0090594283-3	00/00000000

MARIA APARECIDA MAXIMO DE PAIVA

RUA URBANO GUEDES 419 CASA  
CENTRO  
58340000 SAPE - PB

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	78696630487

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

CONTRIBU

REPUBLICA FEDERATIVA DO  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N.º 0138136888371

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO

VIA	PRT	20170800013440-8
1	0090594283-3	00/00000000

MARIA APARECIDA MAXIMO DE PAIVA

RUA URBANO GUEDES 419 CASA  
CENTRO  
58340000 SAPE - PB

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	78696630487

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	94J1XF8H67M033564

PLACA	MO56748 / PB
PLACA ANT/UF	

**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.**

Número do Sinistro: **3180166150**

Nome do(a) Examinado(a): **LUIZ SILVINO RIBEIRO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**AV ANTONIO JUSTINO, 182 - NOVA BRASILIA - Sapé - PB - CEP 58340-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **1380148**

Data e local do acidente: [ **15/02/2018** ] **VIA PÚBLICA-SAPÉ-PB**

Data e local do exame: [ **29/08/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO 09 CM EM REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO, MARCHA CLAUDICANTE E DISCRETA REDUÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO.**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**FRATURA DO MALÉOLO LATERAL TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. RECEBEU ALTA.**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Limitação funcional do tornozelo direito**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º 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

(  ) "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, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Tornozelo direito**

% 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

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

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DO TORNOZELO DIREITO.**



Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180166150      **Cidade:** Sapé      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ SILVINO RIBEIRO      **Data do acidente:** 15/02/2018      **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

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

**Data da análise:** 22/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

### 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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM:** 5234194-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180166150      **Cidade:** Sapé      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ SILVINO RIBEIRO      **Data do acidente:** 15/02/2018      **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

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

**Data da análise:** 25/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO, NO MOMENTO. SOLICITO APRESENTAR RELATÓRIO DE INTERNAÇÃO/INTERNAÇÃO, EM CASO DE CIRURGIA, ENCAMINHAR FOLHAS DE SALA DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, EXAMES DE IMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO E DE CONTROLE.

### 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

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM do médico:** 52.45228-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2020 11:42:57  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081311425728200000031760390>  
Número do documento: 20081311425728200000031760390

Num. 33180092 - Pág. 27

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180166150      **Cidade:** Sapé      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ SILVINO RIBEIRO      **Data do acidente:** 15/02/2018      **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

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

**Data da análise:** 31/07/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** A

**Resultados terapêuticos:** A

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180166150      **Cidade:** Sapé      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ SILVINO RIBEIRO      **Data do acidente:** 15/02/2018      **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

**Descrição do exame** AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO 09 CM EM REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO,  
**médico pericial:** MARCHA CLAUDICANTE E DISCRETA REDUÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. RECEBEU ALTA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** João 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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

### PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180166150      **Cidade:** Sapé      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ SILVINO RIBEIRO      **Data do acidente:** 15/02/2018      **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

**Descrição do exame** AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO 09 CM EM REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO,  
**médico pericial:** MARCHA CLAUDICANTE E DISCRETA REDUÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. RECEBEU ALTA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** João 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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>		<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>	

### PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** LUIZ SILVINO Ribeiro, brasileiro(a),  
estado civil Solteiro, profissão Func. Públ. Co., CI RG nº  
1380146, CPF/MF nº 629.723.504-94, residente e domiciliado(a)  
à Rua ANTONIO JUSTINO 182, NOVO BRASIL, Cidade de  
Sapé, Estado PB, CEP: 58600-000, telefone \_\_\_\_\_.

**OUTORGADO:** JOSÉ FLÁVIO DE MOLÓ FELICIANO  
sob o n.º 613094357, CNPJ/CPF 07670610407  
RUA DR. ANTÉNIO POLITOT Nº 175 BLOCO 10, com endereço profissional à  
J. Pessoa, na cidade de J. Pessoa, Estado do PB.  
(83) 988877550

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

<b>CF</b> FELICIANO DA SILVA SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL	Rua Col. Renato Ribeiro Coutinho, 1746 - Centro Ponta - CEP 58340-000 Fone/Fax (83) 3213-2273 Severino Lúcio Medeiros Feliciano Tabelião	<b>CARTÓRIO ÚNICO</b> Severino Lúcio M. Feliciano Sá Tabelião Substituto Maria de Lourdes Castro Gusmão Escrivane
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: LUIZ SILVINO RIBEIRO En test. da verdade. Sape-PB 05/04/2018 16:22:58 Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrivana 2018-0029531EMDRS 89,48 FAPPERS 0,28 FEP/RS 1,90 SELO DIGITAL: AGR99431-PAUT Confira a autenticidade em <a href="https://selodigital.tjpb.mg.br">https://selodigital.tjpb.mg.br</a>	Av. Col. Renato Ribeiro Coutinho, 1746 Fone: (83) 3285-2541/3313-3163 CEP 58340-000-Sape-PB	

Sapé, 09 de Abril de 2018.

*Lúcio Líberi Ribeiro*  
OUTORGANTE

DOCUMENTO ORIGINAL

12 ABR. 2018

