Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **NATERCYO ALVES VIANA BASTOS**

Nº Sinistro: **3180091730**
Vitima: **NATERCYO ALVES VIANA BASTOS**
Data do Acidente: **01/12/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GERLANDO PEREIRA DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180091730.**

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.b**r 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **NATERCYO ALVES VIANA BASTOS**

Sinistro: **3180091730**
Vítima: **NATERCYO ALVES VIANA BASTOS**
Data do Acidente: **01/12/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GERLANDO PEREIRA DA SILVA**

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 3180091730** 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** 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2018

Carta n°: 12565701

A/C: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS

Nº Sinistro:	**3180091730**
Vitima:	**NATERCYO ALVES VIANA BASTOS**
Data do Acidente:	**01/12/2016**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**GERLANDO PEREIRA 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: **NATERCYO ALVES VIANA BASTOS**
Valor: **R$ 4.725,00**
Banco: **001**
Agência: **000004571-3**
Conta: **000010008058-8**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**4.725,00**

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R$	**4.725,00**

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
Administradora do Seguro 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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
	081.010.264-10	Natenego Alves Viana Bastos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Natenego Alves Viana Bastos	081.010.264-10	Motoboy

Endereço	Número	Complemento
Rua Walfredo Macedo Brendon	914	Ap 203

Bairro	Cidade	Estado	CEP
Jd. cid. universitario	João Pessoa	PB	58052-200

Email	Telefone (DDD)
gulan699@gmail.com	(83) 99661-1341

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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 FEV 2018
PROTOCOLO
AGUARDAÇÃO PESSOA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

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

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
4571	3	8.058	6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(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.

João Pessoa, 29 de Novembro de 2017
Local e Data

x Natenego Alves Viana Bastos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01925.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu oficio e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01925.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 09:10 horas do dia 18 de outubro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraiba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veiculos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **NATERCYO ALVES VIANA BASTOS**, CPF nº 081.010.264-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motoboy, filho(a) de Lucinete Alves da Silva e Germano Viana Bastos, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 15/03/1988 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Walfredo Macedo Brandão, Nº 917, complemento Edf. Ana Carolina, aptº 203, bairro Bancários, tendo como ponto de referência Próximo Ao Supermercado Extra, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98673-6695.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Hilton Souto Maior, Em Frente Ao Hipismo, João Pessoa/PB, bairro Portal do Sol; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/12/16 16:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/XR 250 TORNADO, PRETA, 2008/2008, PLACA MOQ8106/PB, CHASSI 9C2MD34008R027790, registrada em nome do noticiante, pela Av. Hilton Souto Maior, quando ao passar por um girador próximo ao Centro de Hipismo foi trancado por um CARRO não identificado e ao frear perdeu o controle da moto vindo a cair a solo e lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1263/2017, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 04.09.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido em veiculo particular por um amigo; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 18 de outubro de 2017.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigacao

NATERCYO ALVES VIANA BASTOS
Noticiante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 01925.01.2017.1.00.420

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Natenego Alves Viana Bastos	081.010.264-10	01/02/2016

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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 29 de Novembro de 2017
Local e Data

x Natenego Alves Viana Bastos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04571-3

CONTA: 000010008058-8

Nr. da Autenticação 30BC432687ABCC58

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
FISCAL JOSE COSTA DUARTE,S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone:(83)3214-1980
FAX:(83)3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 913100 Atd: Nao Regula
Data: 13/12/2016
Hora: 09:05:19
Recepcionista: EDILENE FREIRE DA SIL
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE
Num. de vezes atendido: 5
Num. Prontuario: 2009.01.002771
Nome: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 88070246
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/03/1988 Id: 28 ano(s)
End.: RUA VALFREDO MACEDO BRANDAO,917
Bairro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Pai: GERMANO VIANA BASTOS
Mae: LUCINETE ALVES DA SILVA
Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS
Tel/Doc. Responsavel: 88070246 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: CASA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: INTERCORRENCIA
Vitima de violência por: NAO
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	
FC:	TP:	
Peso:	Altura:	
Glicemia:	IMC:	
Perc. Abd:	O2%:	

Queixa Principal
Intercorrencia

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem	[ ] Grave
[ ] Politraumatizado	[ ] Convulsao
[ ] Hemorragia	[ ] Dispineia
[ ] Diarreia	[ ] Agitado
[ ] Regular	[ ] Chocado
[ ] Vomito	
Observacao	

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
ACIDENTE HÁ + 1 SEMANA, COM DOR + CLAUDICAÇÃO COM DURDEIL (D)

Diagnostico
Fx ACETÁBULO (D) (LUXAÇÃO)

Conduta

Medicacao
AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Horario da medicacao

Dr. Umberto Jansen
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5769

CATIPADO

LUCINETE ALVES DA SILVA
RUA WALFREDO MACEDO BRANDAO, 917 / APTO 203 - JD CID UNIV
JOAO PESSOA / PB CEP: 58052200 (AG. 1)

Emissão: 14/11/2017 Referência: Nov / 2017
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 7 - 5 - 917 - 6520 Nº medidor: 00001348143

energisa

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

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.494.057
Cód. para Déb. Automático: 00002110823

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2017	14/11/2017	14/12/2017	54173973420 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/211082-3

Canal de contato

PREZADO CLIENTE
O valor na conta do item "COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFÁRIO" corresponde a cobrança de diferença de faturamento ao mês de Outubro de 2017, ocasionada pela publicação da Resolução Homologatória nº 2.291, conf. disposto no Art. 113 da Res. Normativa nº 414/2010.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
16/10/17	21560	14/11/17	21653	1	93	29

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos Total(R$)	Valor	Base Calc. ICMS(R$)	Alíq. ICMS	ICMS(R$)	Base Calc. Pis/Cofins(R$)	Pis(R$) (1,3291%)	Cofins(R$) (6,1219%)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,250830	7,52	7,52	25	1,88	7,52	0,10	0,46
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	93,000	0,430170	22,79	22,79	25	5,69	22,79	0,30	1,39
0601	Adic. B. Vermelha			2,83	2,83	25	0,66	2,83	0,03	0,16
0610	Subsídio			32,99	32,99	25	8,25	32,99	0,44	2,02
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			1,32	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2017			0,13	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0802	BEM SEGURO - ACE / ASSURANT 11/2017			6,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0899	COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFÁRIO 10/2017			3,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-22,29	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCI: Código de Classificação do Item		TOTAL		54,95	65,93		18,48	65,93	0,87	4,03

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
153	22/11/2017	R$ 54,95

Histórico de Consumo (kWh)

87	93	88	124	136	184	181	229	157	137	203	202
Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16

RESERVADO AO FISCO
e66b.6451.6ddc.05cc.4617.1f25.8114.f32a.

Indicadores de Qualidade

9/2017 Mangabeira

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	5,19	0,00		
DIC TRIMESTRAL	10,39		NOMINAL	220
DIC ANUAL	20,77			
FIC MENSAL	3,30	0,00	CONTRATADA	
FIC TRIMESTRAL	6,60		LIMITE INFERIOR	202
FIC ANUAL	12,20		LIMITE SUPERIOR	231
DMIC	2,94	0,00		
DICRI	12,22			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	7,74	14,09
Compra de Energia	11,19	20,36
Serviço de Transmissão	1,19	2,17
Encargos Setoriais	2,14	3,89
Impostos Diretos e Encargos	22,88	41,64
Outros Serviços	9,81	17,85
Total	**54,95**	**100,00**

Valor do EUSD (Ref. 9/2017) R$ 11,53

ATENÇÃO

AVISO DE VENCIMENTO: Caso a fatura(s) conta referenciada(s) permanecer(em) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 28/11/2017. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R$22,28
- Leitura confirmada
Contato Serviço: BEM SEGURO - ACE / ASSURANT - 0800 704 0044
- O cancelamento da cobrança do convênio e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

Faturas em atraso
OUT/17 55,87

PARAÍBA
Roteiro: 7 - 5 - 817 - 6520
Matrícula: 211082-2017-11-2

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
22/11/2017	R$ 54,95

83690000000-8 54950149000-3 02110822017-5 11200005019-8

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA: 741[illegible]

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS — REFERENCIA JAN/2018

GERLANDO PEREIRA DA SILVA
RUA ROMUALDO ROLIM, 122 - APTO 103 BLA - GRAMAME
JOAO PESSOA PB 58067 215

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.093.255.0310.103	103	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y11N16213[illegible]	18/11/2011	EXTERIOR	LIGADO	POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
391	401	10	33	03/02/2018

HIST. DE CONS.	/ANOR.	LEIT.
DEZ/2017	10	0
NOV/2017	13	0
OUT/2017	12	0
SET/2017	12	0
AGO/2017	12	3
JUL/2017	14	0
MEDIA(M)	12	

QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS

PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
TURBIDEZ	294	294	294
CLORO	294	294	294
COL.TERMOT	0	0	0
COR	77	84	84
COL.TOTAIS	294	294	294

DADOS REFERENTES A NOV/2017

DATA DA IMPRESSÃO: 04/01/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 10:26:53

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	36,84
ESGOTO		
PARCELAMENTO DE DEBITOS-PARCELA 01/02		38,30

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS:R$ 3,41-PIS E COFINS-LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 16/01/2018

Total a Pagar: R$ 75,14

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAGEPA

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL — TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
AVISO A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIENCIA PUBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO.
LOCAL: AUDITORIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 18/01/2018 AS 14:00H.

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Gerlando Pereira da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.016.924 / 86, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Natenego Allen Viana Bastos inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.010.264 / 10, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Natenego Allen Viana Bastos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.010.264 / 10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____.

☒ Recuso informar

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua Romualdo Rolim		122	Ap 103/BLA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Guarabira	João Pessoa	PB	58067-205
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
Gerlan699@gmail.com	(83) 99171-0357	(83) 99661-1341	

João Pessoa, 22 de 02 de 2018
Local e Data

Gerlando Pereira da Silva
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AC. FISCAL JOSE COSTA DUARTE,S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone:(83)3214-1980
FAX:(83)3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 910032 Atd: Nao Regulac
Data: 01/12/2016
Hora: 16:58:42
Recepcionista: MARIA HELENA RIBEIRO
Clinica: CIRURGICA

DADOS D PACIENTE
Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2016.12.000068

Nome: O ALVES VIANA BASTOS
CNS: exo: M IDENTIDADE: 3422086 Fone: 987758883
Natu PESSOA/PB Data Nasc.: 15/03/1988 Id: 28 ano(s)
End. GIO GUERRA,PROFISSAO/MOTOBOY
Bairr RIOS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Pai: VIANA BASTOS
Mae: I ALVES DA SILVA
Ocupaç REGADOR SEM ESPECIFICAA,-AO
INFORMA DE ENTRADA
Resp.: /GERALDO
Tel/Doc ponsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procede BAIRRO ESTRADA DA PENHA

Natercyo Alves Viana Bastos (Sergio Guerra)

FATURADO

Transpo utilizado: CARONA DE CARRO COM AMIGO
Vitima cidente por: QUEDA DE MOTO HA 10MIN INDO TRAB.MANASSAI
Vitima violência por: NA ESTRADA DA PENHA
[ ] Ca olicial

PRE-CON A
Tipo de assificação de Risco:
PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao
[ ] Hemorragia [ ] Dispineia
[ ] Diarreia [ ] Agitado
[ ] Regular [ ] Chocado
[ ] Vomito

Queixa Principal
- POLITRAUMA. QUEDA DE MOTO. NÃO TEC. NEG VÔMITOS. NEG SÍNCOPE. NEG DOR
- DOR EM QUADRIL DIREITO. RELATO CIRURGIA DE PRÓTESE DIREITO HA 2 4 ANOS

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
- ALOGUIDADE: NORMAL
- DOR EM QUADRIL DIREITO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Diagnostico
- POLITRAUMA

Conduta

Prescricao
- ① SRL 1.000 + 5 ml
② DIPIRONA 1 amp + 10 ml
③ TILATIL 1 amp + 5 ml 100 + 5 ml
④ RADIOGRAFIAS

Horario da medicacao
2 18/30

Alberto Barros Araujo

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

+ OCTOPEDIA +

+ Sem alterações em Rx

+ Sem lesão Musculo-Tendinea e não

CD: Alta da ortopedia

À CIR. Geral.

À C. geral

Realizou sutura

PTE segue com

dor incapacitante

na região do

quadril (S/C) e V. L. Estável

Solicito avaliação

do CO Jo.

Alta do hospital

Dr. José Rodriguez Zorrilla
Cirurgia do Joelho
CRM 9390

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
	+ TRAMAL	100 mg	+ 200 ml	— IV (AGORA)

EDIMILSON CARLOS PEREIRA
TEN. OF. MÉD. - CRMPB 9058
IDT 070.014.707-2 MD/EB

Dr. José Rodriguez Zorrilla
Cirurgia do Joelho
CRM 9390

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI

[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030 106 061
040 101 058

JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 1263/2017

Atendendo solicitação de GERLANDO PEREIRA DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial nº 9100032 pertencentes a **NATERCYO ALVES VIANA BASTOS** que foi atendido dia 01/12/2016 às 16h58min, vitima de queda de moto, apresentando trauma em quadril direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Medicado e liberado. Retornou dia 13/12/2016 às 09h05min com ficha nº 913100, apresentando fratura do acetábulo direito. Encaminhado para HETSHL.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de setembro de 2017

Médica da Vigilância á Saúde
CRM/PB 2959

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo) 13/12/2016 - Pte regulado para HETSHL, às 10h, com Bena. Ambulância cente.

Renata da Silva Lauro Martins
Assistente Social
CRESS 3629 / 13ª Região

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPREV SEGURADORA
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Permanencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI

[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	Natercyo Alves Viana Bastos
DATA DE NASCIMENTO	15/03/88
NOME DA MÃE	Lucinete Alves da Silva
DADOS EXTRAÍDOS	
PRONTUÁRIO N.º	66616
BOLETIM DE ENTRADA N.º	967282
DATA DO ATENDIMENTO	13/12/16
HORA DO ATENDIMENTO	11:05
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Trauma
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura de acetábulo e quadril D.
CID 10	S32.4 S72.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, encaminhada do Ortotrauma,com diagnóstico dec luxação de quadril direito e fratura de acetábulo,após acidente de trânsito no dia 01/12.Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamemnto cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX bacia,quadril D,coxa D,joelho D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX:fratura de acetábulo,fratura luxação de quadril D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de acetábulo e quadril direito

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ALTA HOSPITALAR: 09/02/17
DATA DA EMISSÃO: 16/06/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/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

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 967282

Identificação do paciente

ID 501030	Nome NATERCYO ALVES VIANA BASTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 15/03/1988	Idade 28 anos 8 meses 28 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 66616
Mãe LUCINETE ALVES DA SILVA			Pai GERMANO VIANA BASTOS	
Escolaridade MEDIO COMPLETO			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988365342		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento CPF	Número documento 08101026410		Nº Cns 206933584610005	
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)			Tipo UNIDADESAUDE	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58052200	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro RUA WALFREDO MACEDO BRANDÃO
Número 417	Complemento		Bairro JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA

Admissão

Data e Hora 13/12/2016 11:05:25	Número da pulseira 1000059761357		Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL		Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco			Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento TRAUMA		Detalhe do acidente OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Meio de ambulância Não		Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou		

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	Redução/aumento do fêmur c/LMC 27/12/2016

Exames complementares

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

Dados clínicos

TOMOGRAFIA
TIPO ... BACIA
DATA ... 19/12/16
HORA ... 09 : 32
NOME TÉC. RAD.: WOSLEY
ASS.:

Red. incremento quadril D 13/12

Diagnóstico		CID
Atendido por IORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO		Tempo 01min 58seg

Imprimir

Vitor do
Ao Lotação (1)
(subdivisão 2)
no 13 dos
Exs. Jaroz
Cabo Branco)
Cartas
Redução do
Bloco Cupiú

94.

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Natanaya Alves Viana Bastos BE/Prontuário: 967282

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

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: Dr. Stillhanson 1° Assistente: Dr. Frederico

2° Assistente: Dr. M. Lauler 3° Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr.

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início __:__ Término __:__

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
• Luxação do quadril Direito	
• Fratura do Acetábulo Direito	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
• Redução incruenta de luxação do quadril Direito	
• Colocação de Tração	Transtubal (D)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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, 13/12/16

Médico/CRM: Glauber M. Novais Miranda CRM-PB 9220

F(NG).ASCIR.009-1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

(1º) Redução

1- Paciente em Decúbito Dorsal sob Anestesia

Incisão:

2- Redução da luxação do quadril com manobra de Tração e Contra-Tração

3- Rx de controle após Redução

Achados:

(2º) Tração

1- Assepsia + Antissepsia

2- Aposição de campos cirúrgicos

Conduta:

3- colocação de Tração Transtibial com fio KE 40 + utilização de Grampo + 10 kg de peso de Tração.

4- Curativo estéril

5- Rx de controle.

Fechamento:

Observação:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Glauber M. Novais Miranda
CRM PB 9220

João Pessoa, 23/02/16

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

BE 967282

NOME DO PACIENTE: Nateyo Alves Eliana Bastos

IDADE: 28 BE: PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO:

CIRURGIA: Redução Incruenta + fixação de quadril D

CIRURGIÃO: Dr. Fred + 2º AUX: Dr. H + instalação de tração

ANESTESIA: Raqui + Sedação

ANESTESISTA: Dr. Luiz Fruet

INSTRUMENTADOR:

DATA: 13/02/16 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: : FIM: : CIRURGIA: INÍCIO: 16:05 FIM: Terminou: 16:40

INDICE DE RISCO DE CIRÚGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTE)

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

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

MEDICAÇÕES ANESTESICAS	QTD.			MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS
ALFENTANILA		S. Ringer	1	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA ISORÁRICA				JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA	1			JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº
CETAMINA				JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	1	FIO DE NYLON Nº
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%	1	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº
FENTANILA		PVPI DEGERMANTE	1	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	1	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº7,5	1	FIO POLIGLECAPRONE Nº
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº
MORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA
NIMBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNNER Nº
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G	1	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNNER Nº
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	1	FIO STEINMAN Nº 4,0 1
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	☒	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)	1	PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		FIOS	QTD.	( ) ASPIRADOR
TENOXICAN		ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO S/A Nº		( ) BISTURI ELÉTRICO
		GAZES	☒	FIO ALGODÃO S/A Nº		( ) CAPNÓGRAFO
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A Nº		(X) CARDIOMONITOR
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº		( ) DESFIBRILADOR
		JELCO Nº14				( ) FOCO AUXILIAR
		JELCO Nº16				( ) FOCO CENTRAL
						( ) MICROSCOPIO
						(X) OXÍMETRO DE PULSO
						(X) P.A. INVASIVA/NÃO INVA
						(X) PERFURADOR ELÉTRICO
						( ) SERRA
						CIRCULANTE

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Ana Celia O. Oliveira
COREN 38317

FINGLAS

CRUZ VERDE SEGURO SAÚDE

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 13/12/16 PRONTUÁRIO: 967282

PACIENTE: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS SEXO: M COR: IDADE: 28 A

PRESSÃO ARTERIAL 130X70 PULSO 83 RESPIRAÇÃO EUPNEICO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUINEO

ESTADO GERAL (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRURGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO NDN AP. CIRCULATÓRIO NDN

AP. DIGESTIVO JEJUM ADEQUADO ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO ESTADO FÍSICO (ASA)

DOSE /HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA LUXAÇÃO DE QUADRIL DIREITO

CIRURGIA REALIZADA REDUÇÃO INCRUENTA + TRAÇÃO TRANSTIBIAL (1)

CIRURGIÃO DR. FRED AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA TÉRMINO DA ANESTESIA 16:35h DURAÇÃO DA ANESTESIA 45 min.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R$

ANESTESISTA 15:50h CPF Luiz Priori CRM-PB 7556

ENTESIHORA 15:50h 16:35h

Nº 20

LIQUIDOS VENOSOS SRL 500 ml

Luiz Priori
Médico
Anestesiologista
CRM-PB 7556

ANESTESIA X CÓDIGOS CIRURGIA ● PULSO ○ P. ARTERIAL SISTÓLICA V DIASTÓLICA A

220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

100% 98% 98%

SATURAÇÃO ARTERIAL ECG TRAÇO

ANOTAÇÕES (1) ACESSO VENOSO MSE - 20 G.

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

TÉCNICAS PUNÇÃO ÚNICA, PARAMEDIANA, L3L4, AGULHA QUINCKE 27 G.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

	Volume em ml		
DOSE		1 MIDAZOLAM 5 mg	11
NACL		2 FENTANIL 100 mcg	12
SANGUE		3 NEOCAINA PESADA 0,5% 12,5 mg	13
RINGER	500 ml	4 DEXAMETASONA 10 mg	14
TOTAL		5 ONDANSETRONA 8 mg	15
		6	16
		7	17
		8	18
		9	19
		10	20

DESTINO DO PACIENTE

☐ APT* ☐ ENFERMARIA

☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA

☒ OUTROS URPA

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F.(NG).ASCIR.026-1

Anexo II

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: H.E.E.T.S.H.L

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Natercyo Alves Viana

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 967282

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: 25/03/88

9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: João Pessoa

14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF:

16 - CEP:

17- NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH):

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR:

19- CÓD PROCEDIMENTO - ANTERIOR:

20- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA:

21- CÓD PROCEDIMENTO - MUDANÇA:

22- DIAGNÓSTICO GERAL:

23- CID 10 PRINCIPAL:

24- CID 10 SECUNDÁRIO:

25- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:

27- CÓD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:

28- SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

- [ ] DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO I
- [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO II
- [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO III

29- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: | 30- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: | 31- QTDE.:

32- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: | 33- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: | 34- QTDE.:

35- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: | 36- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: | 37- QTDE.:

38- JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ex: 3,5 Kompazzo ~~[illegible]~~ usou.
01. fio de steinmann nº 5,0

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

40. DATA DA SOLICITAÇÃO: / /

41. DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

42. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

43. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

DR. THALES [illegible] CRM [illegible]

AUTORIZAÇÃO

44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

45. CÓD ORGÃO EMISSOR:

46. DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

47. DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

48. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

50- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52- QTDE.
53- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55- QTDE.
56- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58- QTDE.
59- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61- QTDE.
62- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64- QTDE.
65- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67- QTDE.
68- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70- QTDE.
71- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73- QTDE.
74- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76- QTDE.
77- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79- QTDE.
80- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82- QTDE.
83- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85- QTDE.
86- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88- QTDE.
89- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91- QTDE.
92- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94- QTDE.
95- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97- QTDE.

98- JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

CONPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROFISSIONAL SOLICITANTE

99- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

100- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico

1000059761397 BE.: 967282
NATERCYO ALVES VIANA BASTOS
DT. NASC.: 15/03/1988
MAE: LUCINETE ALVES DA SILVA

END.: RUA WALFREDO MACEDO BRAND AO N. 417 - JARDIM CIDADE UNIVERSIT ORIA JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 988365342
IDADE: 28
DT. ENTRADA: 20/05/2015 09:12:11

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO B.E.

NOME DO PACIENTE: IDADE:

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

EXAME PRIMARIO
VIAS AÉREAS ( ) Pérvias ( ) Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ( ) Sim ( ) Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ( ) Sim ( )Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) Sem dificuldade
( ) Com dificuldade
( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA
( ) APNÉNIA
AUSCUTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD: ( ) Presente e normal ( ) Rude ( ) Diminuído ( ) Ausente
HTE: (-) Presente e normal ( ) Rude ( ) Diminuído ( ) Ausente
2 - RUIDOS
( ) sim — HTD: Roncos, Sibilos, Estertores — HTE: Roncos, Sibilos, Estertores
( ) Não
FR: _____ imp SaO₂ _____ %

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DÉFICIT NEUROLÓGICO
Pupilas: ( ) Fotorreagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas Diâmetro: _____ 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 continuo estimulo	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:					

F(NG).CC.001-1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ( ) Não ( ) Sim: _____

MEDICAMENTOS: ( ) Não ( ) Sim: _____

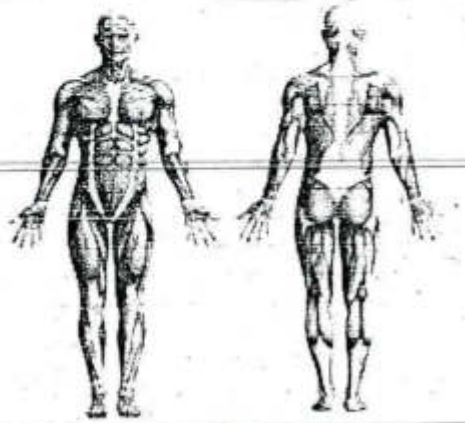
IMUNIZAÇÃO ( ) Não ( ) Sim: _____

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 Tendínea
25 Luxação
26 Mordedura
27 Movimento torácico paradoxal
28 Objeto Encravado
29 Otorragia
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

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Sust. SOS (P.S.)		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____/_____ às ____:____ do dia ____/____/____

Solicito parecer da _____/_____ às ____:____ do dia ____/____/____

DESTINO DO PACIENTE

DATA DA SAÍDA ____/____/____

HORAS: _____:_____

( ) 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

_____ ASSIN
ATURA/CARIMBO

_____ ASSIN
ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

NOME: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG EMISSOR UF: 3422086 SSP PB

CPF: 081.010.264-10 DATA NASCIMENTO: 15/03/1988

FILIAÇÃO: GERMANO VIANA BASTOS
LUCINETE ALVES DA SILVA

PERMISSÃO: [redacted] ACC: [redacted] CAT.HAB.: AD

Nº REGISTRO: 03830331110 VALIDADE: 06/07/2020 1ª HABILITAÇÃO: 28/04/2006

OBSERVAÇÕES:

Natercyo Alves Viana Bastos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 07/07/2015

23961688058
PB030949629
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN PB (PARAÍBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1152535964

PROIBIDO PLASTIFICAR 1152535964

J
P
N

(3)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

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

NOME
GERLANDO PEREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2455450 SSDS PB

CPF
008.014.944-86

DATA NASCIMENTO
04/06/1979

FILIAÇÃO
OTAVIO FERREIRA DA SILVA
HELENA PEREIRA DA SILVA

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT.HAB.
AB

Nº REGISTRO
06221922602

VALIDADE
19/11/2018

1ª HABILITAÇÃO
04/11/2014

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
01/12/2015

83380355105
PB031728987

DETRAN-PB (PARAÍBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

11697901 60

11697901 60

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012710719047 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	28/07/2016

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	08101026410	MOQ8106/PB

RENAVAM	MARCA / MODELO
00979308151	HONDA/XR 250 TORNADO

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2008	9	9C2MD34008R027790

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
******	******	******

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
******	SEGURO	P A G O

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA / PARCELADO	28/07/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

MAI / 2016

7003781-1359426-20160728

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB
Nº 012710719047
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRT AM 2016000032397-4

VIA	CÓD. IDENTAM		EXERCÍCIO
1	0097930815-1	00/00000000	2016

NOME: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS

CPF/CNPJ: 08101026410
PLACA: MOQ8106/PB

PLACA ANT / UF: NOVO PB
CHASSI: 9C2MD34008R027790

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO ESPEC
COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/XR 250 TORNADO
ANO FAB.: 2008
ANO MOD.: 2008

CAP / POT / CIL: 2 P/249 /CI
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: PRETA

IPVA

COTA ÚNICA: IPVA PAGO EM
VENC. COTA ÚNICA: 01/01/2016
VENC / COTAS: 1ª 2ª 3ª
FAIXA I.P.V.A.: ******
PARCELAMENTO / COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): ********
IOF (R$): SEGURO
PRÊMIO TOTAL (R$): P A G O
DATA DE PAGAMENTO: 28/07/2016

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO

0

CABEDELO-PB
LOCAL

DATA: 28/07/2016

41823

Agente Credenciado de Banco
Diretor Superintendente - DETRAN/PB

7003781

CONTRAN

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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): ***NATERCYO ALVES VIANA BASTOS*** **Sinistro:** ***3180091730*** **Data:** ***01/12/2016***

Endereço do(a) Examinado(a):
Rua Walfredo Macedo Brandão, 917, ap 203 - Jardim Cidade Universitária - João Pessoa - PB - CEP 58052-200

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PB***] ***3422086***

Data local do exame: [***12/03/2018***] ***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)
Fratura luxação de quadril direito. Paciente apresenta claudicação importante à direita, dor no quadril. Déficit de força de membro inferior direito, atrofia muscular.

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.
Paciente deu entrada com fratura luxação de quadril direito. Feita redução inicial seguido de tração transesqueletica. Posteriormente foi realizado tratamento cirúrgico de fratura de acetábulo. Evoluiu com dor e claudicação e limitação de movimentos de membro inferior direito.

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.

Paciente com claudicação, déficit de força de membro inferior direito grau 4, atrofia muscular de coxa e perna direita, flexão de quadril 0-30°, extensão 0-10°, rotação interna 0-30°, rotação externa bloqueada. Joelho com flexão 0-90°. Tornozelo e pés normais.

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):
Membro inferior direito

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(***X***) 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

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.

Douglas Teixeira

Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180091730 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS **Data do acidente:** 01/12/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO QUADRIL DIREITO

Resultados terapêuticos: L DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA 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: 3180091730 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS **Data do acidente:** 01/12/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura luxação de quadril direito

Descrição do exame médico pericial: Paciente com claudicação, déficit de força de membro inferior direito grau 4, atrofia muscular de coxa e perna direita, flexão de quadril 0-30°, extensão 0-10°, rotação interna 0-30°, rotação externa bloqueada. Joelho com flexão 0-90°. Tornozelo e pés normais.

Resultados terapêuticos: Paciente deu entrada com fratura luxação de quadril direito. Feita redução inicial seguido de tração transesqueletica. Posteriormente foi realizado tratamento cirúrgico de fratura de acetábulo. Evoluiu com dor e claudicação e limitação de movimentos de membro inferior direito.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/03/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do membro inferior devido a repercussão funcional do membro (atrofia muscular, marcha claudicante, limitação grave da mobilidade do quadril e limitação da flexão do joelho).
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Natercyo Alves Viana Bastos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Motoboy, CI RG nº 3422086 SSP/PB, CPF/MF nº 081.010.264-20, residente e domiciliado(a) à Rua Walfredo Macedo Brandão, 917/Ap 203 - Jd. Cid. Universitário Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58052-200, telefone (83) 99661-1341, (83) 99171-0357.

OUTORGADO: Gerlando Pereira da Silva, CPF spb nº 008.014.944-86 e RG sob nº 2455450 SSDS/PB, com endereço cito à Rua: Com. Alfredo Ferreira da Rocha nº 2335, Bairro Mangabeira II na cidade de João Pessoa, Estado da Paraí.ba

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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 29 de 11 de 2017.

CARTÓRIO VIEIRA BATISTA

Natercyo Alves Viana Bastos

OUTORGANTE

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel*. Rosângela Vieira Batista - Substituta
Rua Elias Pereira de Araújo, 40 - Mangabeira/Pedro - CEP 58056-010 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 2139-6605 / 3239-0000

Reconheco, como autentica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de: NATERCYO ALVES VIANA BASTOS
Em test.da verdade. Joao Pessoa-PB 29/11/2017 14:06:07
Rikeley Almeida de Lima - ESCREVENTE AUTORIZADO
[2017-056320]EMOL:R$ 19,23 FARPEN:R$ 0,27 FEPJ:R$ 1,85 ISS:R$ 0,
SELO DIGITAL: AGD05380-W4WG
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

CARTÓRIO NOTARIAL 2º Ofício DISTRITAL Elias Pereira de Araújo, 40 - Mangabeira João Pessoa - PB VIEIRA BATISTA