

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEYMISON YURI MENEZES DE MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000009228-6

Nr. da Autenticação C6E82B11FAF4FE10

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JEYMISON YURI MENEZES DE MEDEIROS

Nº Sinistro: 3180403364

Vitima: JEYMISON YURI MENEZES DE MEDEIROS

Data do Acidente: 14/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180403364**.

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 13333247



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180403364 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEYMISON YURI MENEZES DE MEDEIROS **Data do acidente:** 14/03/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE K) E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

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

088.703.474-86

Nome completo da vítima

LEYMISON YURI MENEZES DE MENEZES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	LEYMISON YURI MENEZES DE MENEZES		CPF titular da conta	088.703.474-86	Profissão	Motorista
Endereço	Rua Saqui da Silva		Número	252	Complemento	
Bairro	Paratibe	Cidade	João Pessoa	Estado	PB	CEP
Email	consult.jus.advogados@gmail.com		Telefone (DDD)		(33) 986630538	

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 checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADECO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ AGÊNCIA NFO _____ D/V _____	
AGÊNCIA NFO 0037 D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NFO 9228 D/V 6 (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, 23 de agosto de 2018
Local e Data

LEYMISON YURI MENEZES DE MENEZES

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

0037-013-9228-6

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101

Reclamações,
sugestões e elogios.

0800-726 2492

Atendimento a pessoas
com deficiência auditiva
ou de fala.

0800-725 7474

Ouvidoria

37-158 v004

17504400500415





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01615.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01615.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:55 horas do dia 23 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Jeymison Yuri Menezes de Medeiros**, CPF nº 088.703.474-86, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Moto Boy, filho(a) de Dionete Menezes de Medeiros e Marcilio Sa de Medeiros, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/02/1993 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Sagüi da Serra, Nº 252, bairro Paratibe, tendo como ponto de referência Depósito de Bebidas, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98829-5850.

Dados do(s) Fatos:


Local: Francisco T. Oliveira, Magazine Luiza, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/03/18 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

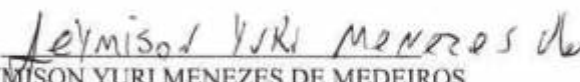
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante trafegava com o veículo tipo motocicleta, marca e modelo: Honda CG160 Start, ano e modelo: 2016/2017 de cor preta, placa: QFT 0786/PB, chassi nº 9C2KC2500HR012276, registrado em nome de Yuri Nascimento da Silva, CPF nº 080.552.164-01; QUE, seguia normalmente em sua mão na faixa da direita, quando um outro veículo Audi de cor preto, não sabendo especificar a placa do mesmo, que este saiu da esquerda para a direita, colidindo no guidão da (moto) do notificante, fazendo com que o mesmo viesse a perder o controle e colidisse em uma placa de sinalização, que devido ao fato veio a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENER TÊRCIO G. G. DA TRINDADE, CRM 3920, DATADO DE 30/07/2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S43.1

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, 23 de agosto de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


JEYMISON YURI MENEZES DE MEDEIROS
Noticiante *Medeiros*



Procedimento Policial: 01615.01.2018.1.00.420



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JEYMILSON MENDES DE MEDEIROS	BAE 1068949	Data/Hora Entrada 14/03/2018 10:21:30	Data Baixa
Data de nascimento 12/02/1993	Idade 25	Sexo Masculino	CNS
Mãe DIONETE MENEZES DE MEDEIROS			Telefone de Contato (83) 988337208
Endereço Elias Pereira de Araújo, 447	Bairro Mangabeira	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO	Nº Cons. Regional 2882/PB
Data/Hora Classificação 14/03/2018 10:41:20		Data/Hora Prescrição 14/03/2018 10:58:36	
Convênio SUS	Nº Matricula		Senha

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-PLACA, APRESENTANDO DOR+ DEFORMIDADE DE OMBRO E COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, TORACO-ABDOMEN SEM QUEIXAS
CONDUTA : RXDE OMBRO E PA P + PARECER DA ORTOPEDIA + ALTA DA CIRURGIA GERAL

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Marcos Antônio C. Furtado
Cirurgião Geral
CRM 2882

JEYMILSON MENDES DE MEDEIROS

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(: 2882/PB)





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JEYMILSON MENDES DE MEDEIROS	BAE 1068949	Data/Hora Entrada 14/03/2018 10:21:30	Data Baixa
Data de nascimento 12/02/1993	Idade 25	Sexo Masculino	CNS
Mãe DIONETE MENEZES DE MEDEIROS			Telefone de Contato (83) 988337208
			Prontuário
Endereço Elias Pereira de Araújo, 447	Bairro Mangabeira	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO	Nº Cons. Regional 2882/PB
Data/Hora Classificação 14/03/2018 10:41:20		Data/Hora Prescrição 14/03/2018 10:58:36	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-PLACA, APRESENTANDO DOR+ DEFORMIDADE DE OMBRO E COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, TORACO-ABDOMEN SEM QUEIXAS
CONDUTA : RXDE OMBRO E PA P + PARECER DA ORTOPEDIA + ALTA DA CIRURGIA GERAL

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Marcos Antônio C. Furtado
Cirurgião Geral
CRM 2882

JEYMILSON MENDES DE MEDEIROS

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(: 2882/PB)



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAIBA
Rua Feliciano Gime, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A
INFORMELENTO
MATRÍCULA

70687943

REFERÊNCIA

JUN/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE CICERO FELIX DA SILVA

RUA SAGUI DA SERRA, S/N - PARATIBE JOAO PESSOA PB
58062-308

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.095.335.0363.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
3130406895	04/06/2013	EXT LACR	CORTADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (L/D) | NÚM. DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA

201 | 208 | 7 | 32 | 01/07/2018

HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA | ÁGUA - DO. PORT. | 05/2017 | 115

MAI/2018 | 4 | 30 | PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES

ABR/2018 | 0 | 15 | TURBIDEZ | 268 | 287 | 284

MAR/2018 | 2 | 30 | CLORO | 268 | 287 | 284

FEV/2018 | 0 | 0 | COL. TERMOT | 0 | 0 | 0

JAN/2018 | 0 | 0 | COR | 73 | 113 | 112

DEZ/2017 | 0 | 0 | COL. TOTALIS | 268 | 287 | 287

MÉDIA (H) | 13 | DADOS REFERENTES A: ABR/2018

DATA DA IMPRESSÃO: 04/06/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 10:46:15

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO

TOTAL (R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

7 M3

37,91

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS: R\$ 12,74/12

VENCIMENTO:

16/06/2018

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 30/04/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO.

O. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

**CAGEPA**

MATRÍCULA

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

70687943

JUN/2018

16/06/2018

R\$ 37,91

82680000000 0 37910010001 3 07068794301 2 06201870003 9

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

A TIM S.A. faz parte das empresas controladas pela TIM no Brasil

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/08/2018

EMIÇÃO: 19/07/2018

POSTAGEM: 27/07/2018

FATURA: 3461569306

CLIENTE: 1.65481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACESSO: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

IMPORTANTE PARA CASSIO

A Intel Telecomunicações LTDA, comunica a alteração de sua Razão Social para "TIM S.A.", não acarretando qualquer alteração no provimento dos serviços atualmente contratados.

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/JUN A 18/JUL

Serviços TIM S.A.

VALOR



TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS

R\$ 49,90

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 83 4141-2316

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)

TIM Portal CONTEUDO GOLD

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Ilimitada	200m54s	1	30	19/06 a 18/07	49,90
-	-	1	30	19/06 a 18/07	Incluído
Total de Mensalidades					49,90

CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

Todas as suas ligações de voz realizadas na área coberta pela Rede TIM

Chamadas Locais de Fixo para Celulares TIM

Chamadas Locais de Fixo para Outros Celulares

Chamadas Longa Distância de Fixo: TIM LD 41

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	07m36s	7	-	-	0,00
-	183m00s	92	-	-	0,00
-	10m18s	5	-	-	0,00
Total de Chamadas Dentro da Rede TIM					0,00

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

CONTA DIGITAL TIM

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no Site Meu TIM. Para acessá-la, visite www.meutim.com.br. Central de Atendimento: 10341

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pela Site Meu TIM. Visite meutim.com.br para mudar para Conta Digital!

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	R\$ 0,23
ICMS	30%	R\$ 35,00	R\$ 10,50	FUNTEL	R\$ 0,12
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	2,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições ao FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no(s) Plano(s)

Franquia(s)	R\$ 35,00
SVA	R\$ 14,90
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 ABR. 2018

PROTOCOLO

AS. JOAO PESSOA



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, ligue para o Central de Atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE
CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000000165481214012

MÊS DE REFERÊNCIA
JUL/2018

DATA DE EMISSÃO
19/07/2018

DATA DE VENCIMENTO
10/08/2018

VALOR
R\$ 49,90

VIA BANCO

84640000000 - 2

49900109011 - 1

00346156930 - 7

60119257526 - 9

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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 Maria Cristina Gilo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 051690444 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jeymison Yuri Menezes de Medeiros inscrito (a) no CPF sob o Nº 083703474 / 36 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Jeymison Yuri Menezes de Medeiros, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Av. Capitão João Pessoa</u>		Número <u>602</u>	Complemento <u>Sala 06</u>
Bairro <u>Jaguaripe</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CPF <u>58015345</u>
Email <u>consult.fus.advogados@gmail</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(83)986630533</u>		Telefone celular(DDD) <u>(83)97952316</u>

João Pessoa, 23 de agosto de 2018
Local e Data

Maria Cristina Gilo da Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Yuri Nascimento da Silva,
RG nº 3302823, data de expedição / / ,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 080.557.164-02, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Oscar Lopez Machado, nº 947,
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Feynison Yuri Menezes de Medeiros cujo o condutor era
Feynison Yuri Menezes de Medeiros.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/CG 160 START
Ano: 2017
Placa: QFT 0786/PB
Chassi: 9C2KC2500HR012276
Data do Acidente: 14/03/2018
Local e Data: João Pessoa - PB 24/03/2018

CARIMBO
VIEIRA BATISTA

Yuri Nascimento da Silva
Assinatura do Declarante

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Yuri Nascimento da Silva,
RG nº 3302823, data de expedição / / ,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 080.557.164-02, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Oscar Lopez Machado, nº 947,
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Feynison Yuri Menezes de Medeiros cujo o condutor era
Feynison Yuri Menezes de Medeiros.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/CG 160 START
Ano: 2017
Placa: QFT 0786/PB
Chassi: 9C2KC2500HR012276
Data do Acidente: 14/03/2018
Local e Data: João Pessoa - PB 24/03/2018

CARIMBO
VIEIRA BATISTA

Yuri Nascimento da Silva
Assinatura do Declarante

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





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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1068949 e PRONTUÁRIO nº 107648

PACIENTE: JEYMILSON YURI MENEZES DE MEDEIROS

DATA DE NASCIMENTO: 12.02.93

Data e Hora do Atendimento: 14.03.18

Horário: 10:21h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de dor e deformidade do ombro esquerdo com limitação de movimentos. Atendido pelo Dr. José Renna Gomes da Silva CRM 9121, Dr. Marcos Antônio C. Furtado CRM 2882, Dr. Francélio Freitas CRM 9603.

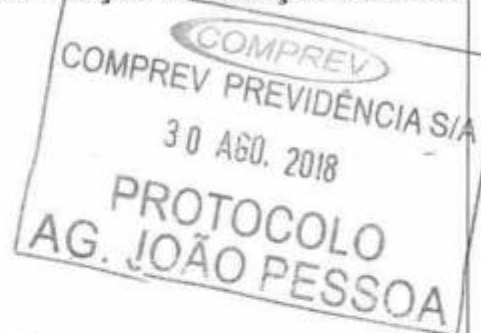
DIAGNÓSTICO INICIAL: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

CID 10 S 43 1

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):

Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do ombro esquerdo AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 19.03.18 com redução e fixação de luxação acrômio clavicular esquerda.

ALTA HOSPITALAR: 20.03.18 às 12:10h



Data da Emissão: 30.07.18

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVB HETSHL
CRM - 3920
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JEYMILSON MENDES DE MEDEIROS	BAE 1068949	Data/Hora Entrada 14/03/2018 10:21:30	Data Baixa
Data de nascimento 12/02/1993	Idade 25	Sexo Masculino	CNS
Mãe DIONETE MENEZES DE MEDEIROS			Telefone de Contato (83) 988337208
Endereço Elias Pereira de Araújo, 447	Bairro Mangabeira	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO	Nº Cons. Regional 2882/PB
Data/Hora Classificação 14/03/2018 10:41:20		Data/Hora Prescrição 14/03/2018 10:58:36	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-PLACA, APRESENTANDO DOR+ DEFORMIDADE DE OMBRO E COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, TORACO-ABDOMEN SEM QUEIXAS
CONDUTA : RXDE OMBRO E PA P + PARECER DA ORTOPEDIA + ALTA DA CIRURGIA GERAL

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Marcos Antônio C. Furtado
Cirurgião Geral
CRM 2882

JEYMILSON MENDES DE MEDEIROS

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(: 2882/PB)



WILEY-TSING

Künster

Paciente

Procedimento

STIS (X) N/A STIS () STIS (X) STIS () STIS ()

Médico: S

Prontuário: 1068949
Data: 19/03/28
Reposição:

Caixa Postal:

DISPENSACÃO CME

[illegible]

ADRESINSTE 40 KIRSCHNER N° 2,0 (Fico no faciente)

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

DISPENSACÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Dr. BRUN	Agulha Bloq. Plexo Sorn m	01		

S. Brown

Дружна Блода. Плато 50 м м

Dr Francin lio Freitas

Médico

CRM PB 0660.DICO - CRM
VN 703404579057800

Prof. Dra. Valéria C. da Silva
Prof. Esp. 000.076.693

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
G. JOÃO PESSOA

~~COPIES
INSURANCE
TECHNICAL
TAC EMU 180
GILBERT
COURTNEY
NEW YORK~~

F(NG).APC.013-2

**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

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc ☒ 1Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

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. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

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

AGRESSÃO - FIO DE KIRSCHNER N° 20 (FICOU NO PACIENTE) - 03

COMPREV

COMPREV, PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

S. BROWN - AG. JOÃO PESSOA - PROXIMO DO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr Francinêio Freitas

Médico

CRM PB 9603

CNS 703464579057800

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

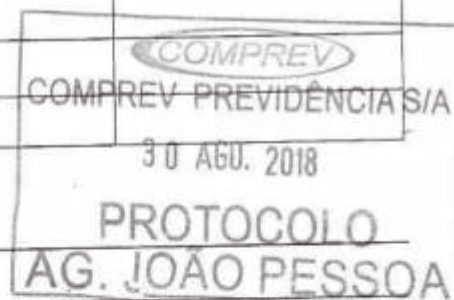
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

Nome: Teymir da Silva M. de Medeiros BE/Prontuário: 12.8909
Idade: 25 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 14/03/18
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Fixação cirúrgica de fratura do quadril - intramedular
Cirurgião: Dr. Gustavo Mendonça 1º Assistente: Dr. Anna Gomes
2º Assistente: Dr. (an. 2) 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____:_____: Término _____:_____:

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão da articulação (L)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Fixação de L.A.C.F.</u>	



Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☐ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☐ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☐ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Francinelo Freitas
Médico
CRM PB 9603
CNS 703404579057800

João Pessoa, 14/03/18

Médico/CRM: _____

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<p>1. Paciente em D.O.H. tipo cadáver de prona sobre o i-Stock</p> <p>2. Anestesia + antiespasmódica + aplicação dos campos elétricos</p>
Incisão:	<p>1. Incisão e golpe do cabelo (1/2)</p>
Achados:	<p>1. Lesão cranioclaival (C)</p>
Conduta:	<p>1. Proposta de 2 inc. em C e clavicula (C)</p> <p>2. Proposta de fixação de Ethicon e placa 10 x 4 + 2 parafusos e placa no crânio.</p> <p>3. Redução da fratura</p> <p>4. Proposta de fixação de Kirschner 2.2 através da clavícula</p>
Fechamento:	<p>- Fechamento por planos</p> <p>- curativo aberto</p> <p>- Teflon</p>
Observação:	

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, ____/____/____

Médico/CRM: _____



OME DO PACIENTE: **FEMILSON MENDES DE MENDONÇA**
 DATA: **25/10/2018** HORA: **14:40h** LEITO: **M2**
 CIRURGIÃO: **DR. THIAGO LUXAGEM ACIOMIO CLAVICULA (E)**
 ANESTESIA: **BLCA. PLEXO + SEDACAO**
 ANESTESISTA: **DR. THIAGO LUXAGEM ACIOMIO CLAVICULA (E)**
 INSTRUMENTADOR: **19/03/18**
 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: **14:40h** FIM: **15:50h**
 DICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE):
 A 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
 RISCO DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 MEDICACÕES ANESTÉSICAS QTD. MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.

FENTANILA	RL	L	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
PIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
PIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
TAMINA	5F 0,9%	L	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
OPEROIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	3-0 L
OMIDATO	SOLUCÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
NOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
NTANILA	PVPI DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI Nº23	L	FIO POLIGLACTINA Nº	1 L
JMAZENIL	PVPI TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLI	PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
VOBL. VACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
VOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
OCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	OK	LUVA ESTÉRIL Nº7,0	L	FIO POLIPROPILENO Nº	
OCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	OK	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	L	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
IAZOLAN	AGULHA 25X08	OK	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	L	FIO SEDA Nº	
RFINA	AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
BIUM	AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
ICURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
IDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PORFOL	AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
IFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	20 - 01
URÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML	OK	FIO DE KIRSCHNER Nº	
OFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	OK	FIO STEINMAN Nº	
AMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	OK	SERINGA 10ML	OK	FIO STEINMAN Nº	
ENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	OK	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICACÕES	QTD.		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ENALINA	CÂNULA PI TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
A DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PROTESE VASCULAR	
OPNA	CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
TRA	CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
ZOL	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
UM. NA	CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS	
ONA SÓDICA	CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
RNA	COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
SEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
SE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS MALEOLAR	
ONATO DE CALCIO	DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
OCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
CAÍNA GELÉIA	ELETRODOS	5	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
SENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	1	EQUIPAMENTOS	
L	EQUIPO TRANSF. SANGUE				() ASPIRADOR	
IGMINE	EQUIPO MICROGOTAS				() CRISTURJ. ELÉTRICO	
AMINA	ESPONJA DE PVPI	OK	FIO	QTD.	() CAPNÓGRAFO	
XICAN	ESPARADRAPO	OK	FIO ALGODÃO S/A Nº		() CARDIOMONITOR	
	GAZES	OK	FIO ALGODÃO S/A Nº		() DESFIBRILADOR	
	GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A Nº		() FOCO AUXILIAR	
	GEL. ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº		() FOCO CENTRAL	
	JELCO Nº14				() MICROSCOPIO	
	JELCO Nº16				() OXÍMETRO DE PULSO	
					() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
					() PERFURADOR ELÉTRICO	
					() SERLA	
					CIRCULANTE	

B BRAUN - Agulha BLCA PLEXO 50 mm - 01
ETHIBOND Nº5 - 01

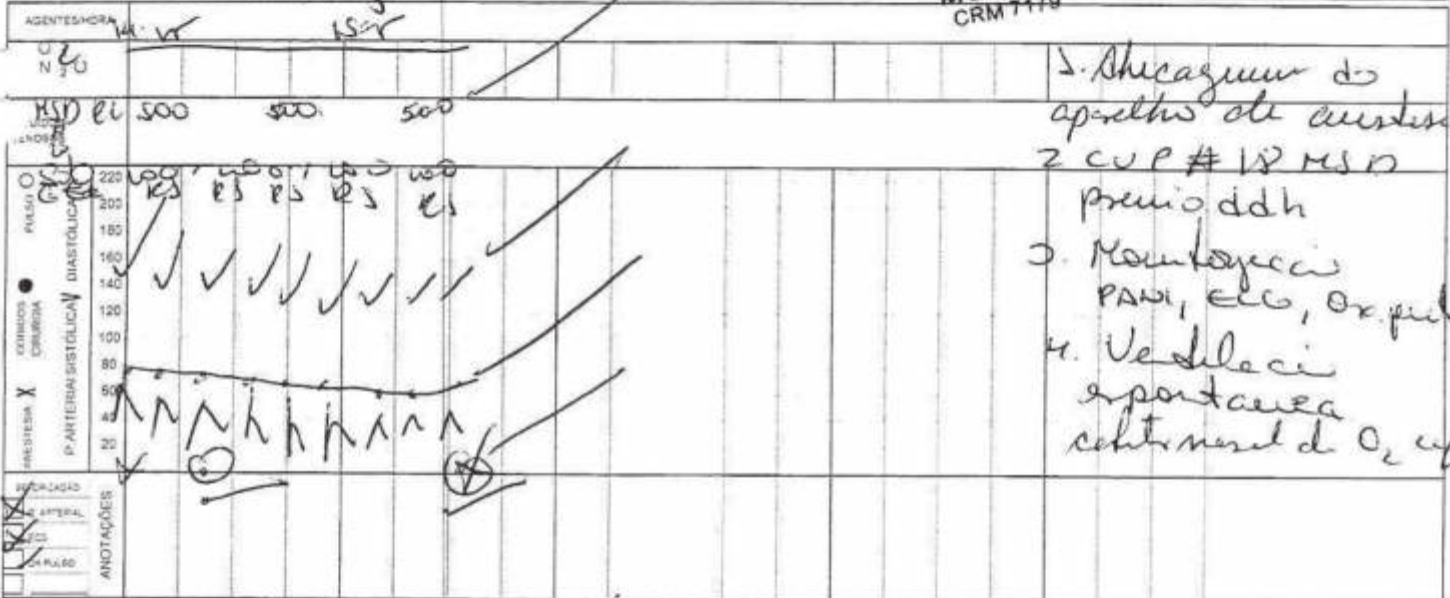
COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA
 30 ABR. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Maria Chaves A. Oliveira
 Técnica Enfermagem
 COREN: PB 911.375

FICHA DE ANESTESIA



PACIENTE: <u>Jamilson Roney de Medeiros</u>		DATA: <u>19/03/18</u>	PRONTUÁRIO: <u>1068949</u>
SEXO: <u>M</u>		COR: <u></u>	IDADE: <u>28</u>
PRESSÃO ARTERIAL <u>120/80</u>	PULSO <u>60</u>	RESPIRAÇÃO <u>Eupneia</u>	TEMPERATURA <u>36,2</u> PESO <u>70</u> GRUPO SANGÜÍNEO <u></u>
ESTADO GERAL () BOM (<u>X</u>) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM (<u>X</u>) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES <u></u>			
AP. RESPIRATÓRIO <u>Eupneia</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>Estável</u>	
AP. DIGESTIVO <u>Jejun</u>		ESTADO MENTAL <u>2.2.VE</u> DROGAS EM USO <u></u>	
PRE-ANESTÉSICO <u></u>			ESTADO FÍSICO (ASA) <u>ASA II</u>
DOSE /HORA <u></u>			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura do Luxão acromioclavicular</u>			
CIRURGIA REALIZADA <u>Tratamento cirúrgico LAC</u>			
CIRURGIÃO <u>Dr. Gustavo</u>		AUXILIARES <u>Dr. Rômulo</u>	
INÍCIO DA ANESTESIA <u>14:15</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA <u>15:30</u> DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>1h 15min</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <u></u>		QUANT. DE CH. <u></u> VALORES RS <u></u>	
ANESTESISTA <u>Dr. Thiago</u>		CPF <u></u>	
AGENTES EM CARGA <u></u>			



☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS

TÉCNICA Bloqueio Interaquelesco HSE

TIPO HSE

VOLUME EM ml _____

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	Paracetamol 100mg	11
2	Ketamina	12
3	Hydralazina 2g	13
4	Dexametasona 10mg 0,4	
5	Novapupa 9V 0,2-1-100mg	
6	Indocarina 7V 0,8-1-100mg	
7		17
8		18
9		19
10		20

CLASS

INDIC

SANGUE

RACER

TOTAL

DESTINO DO PACIENTE

☐ APT* ☐ ENFERMARIA

☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA

☒ OUTROS: **URPD**

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 ABR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

8. Dígito da plaqueta asséptica com 1 drop 10^{-1} suco de
sem células ASO + microtubo de 1 ml, imediatamente
leia 6240 mA, se tiver 5 + 6 sem sangue, sem
dor, se estiver 5 ml, anotar o tempo.

(ING) ASCI 001
 Tierras Repletas
 MEDICO
 CRM 7178



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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1068949 e PRONTUÁRIO nº 107648

PACIENTE: JEYMILSON YURI MENEZES DE MEDEIROS

DATA DE NASCIMENTO: 12.02.93

Data e Hora do Atendimento: 14.03.18

Horário: 10:21h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de dor e deformidade do ombro esquerdo com limitação de movimentos. Atendido pelo Dr. José Renna Gomes da Silva CRM 9121, Dr. Marcos Antônio C. Furtado CRM 2882, Dr. Francélio Freitas CRM 9603.

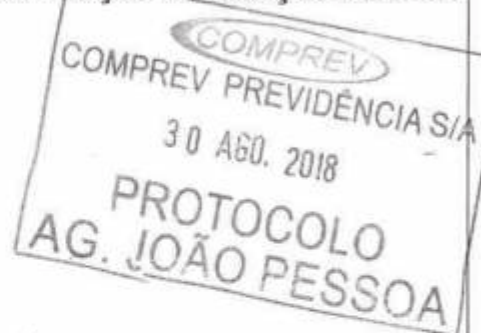
DIAGNÓSTICO INICIAL: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

CID 10 S 43 1

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):

Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do ombro esquerdo AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 19.03.18 com redução e fixação de luxação acrômio clavicular esquerda.

ALTA HOSPITALAR: 20.03.18 às 12:10h



Data da Emissão: 30.07.18

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVB HETSHL
CRM - 3920
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JEYMILSON MENDES DE MEDEIROS	BAE 1068949	Data/Hora Entrada 14/03/2018 10:21:30	Data Baixa
Data de nascimento 12/02/1993	Idade 25	Sexo Masculino	CNS
Mãe DIONETE MENEZES DE MEDEIROS			Telefone de Contato (83) 988337208
			Prontuário
Endereço Elias Pereira de Araújo, 447	Bairro Mangabeira	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO	Nº Cons. Regional 2882/PB
Data/Hora Classificação 14/03/2018 10:41:20		Data/Hora Prescrição 14/03/2018 10:58:36	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-PLACA, APRESENTANDO DOR+ DEFORMIDADE DE OMBRO E COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, TORACO-ABDOMEN SEM QUEIXAS
CONDUTA : RXDE OMBRO E PA P + PARECER DA ORTOPEDIA + ALTA DA CIRURGIA GERAL

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Marcos Antônio C. Furtado
Cirurgião Geral
CRM 2882

JEYMILSON MENDES DE MEDEIROS

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(: 2882/PB)





WILEY-TSING

Künster

Paciente:

Procedimento

STIS (X) NAO STIS ()

Médico

Prontuario: 1068849

Date: 03/03/2018

Pensión*

Cuiva Proutie

Número: _____
Paciente: FAMILIA MORALES DE MORALES

Procedimento: Tte. Francisco Lu Xigao de Almeida e Micaela E

SUS: ☒ Não SUS ()
Médico: DAVI SUTMAN + Dr. BERNARDO

DISPENSACÃO CME

[illegible]

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

DISPENSACÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
P. BRAUN	agulha bloq. flexo 50mm	01		

Dr Francin lio Freitas

Médico

CRM PB 0660.DICO - CRM
VN 703404579057800

M. Prof. Esp. Ana Valéria C. da Silva

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[illegible]

F(NG), APC: 013-2

**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

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒ 1Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

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. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

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

AGRESSÃO - FIO DE KIRSCHNER N° 20 (FICOU NO PACIENTE) - 01

COMPREV

COMPREV, PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

S. BROWN - AG. JOÃO PESSOA - PROXIMO 50 m

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr Francinêio Freitas

Médico

CRM PB 9603

CNS 703464579057800

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

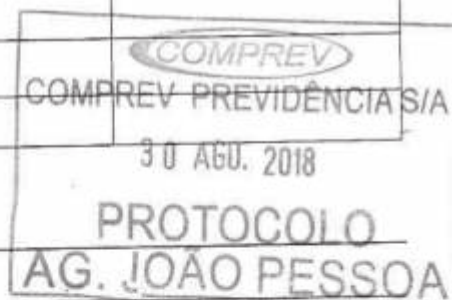
48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Nome: Taymiria Viana M. de Medeiros BE/Prontuário: 12.8909
Idade: 25 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 14/03/18
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Fixação cirúrgica de fratura do quadril - intramedular
Cirurgião: Dr. Gustavo Mendonça 1º Assistente: Dr. Anna Gomes
2º Assistente: Vitor Silva 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____:_____:_____ Término _____:_____:_____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de quadril fechada (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Fixação de L.P.C.F.</u>	



Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☐ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☐ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

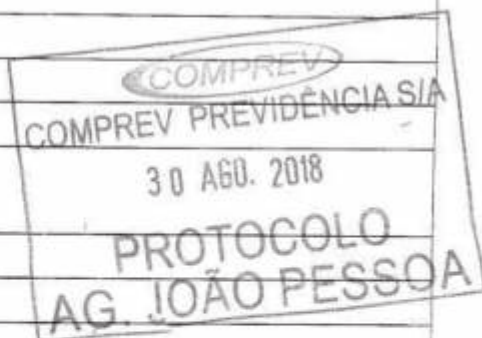
☐ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Francinelo Freitas
Médico
CRM PB 9603
CNS 703404579057800

João Pessoa, 14/03/18

Médico/CRM: _____

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<p>1. Paciente em D.O.H. tipo cadáver de prona sobre o i-Stock</p> <p>2. Anestesia + antiespasmódica + aplicação dos campos elétricos</p>
Incisão:	<p>1. Incisão e golpe do sobre o i-Stock</p>
Achados:	<p>1. Lesão cranioclaivalar (C)</p>
Conduta:	<p>1. Proposta de 2 inc. em C e clavicula (C)</p> <p>2. Proposta de fixação de Ethicon e placa 10 + 10 cm e placa 10 cm no crânio.</p> <p>3. Redução da fratura</p> <p>4. Proposta de fixação de Kirschner 2.2 através da clavícula</p>
Fechamento:	<p>- Fechamento por planos</p> <p>- curativos e drenos</p> <p>- Teflon</p>
Observação:	


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, ____/____/____

Médico/CRM: _____



OME DO PACIENTE: **FEMILSON MENDES DE MENDONÇA**

IDADE: **25** SEXO: **M** DATA: **10/03/18** LEITO: **M2**

IRURIA: **FRATURA LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR (E)**

IRURIAO: **M**

NESTESIA: **BLA. FLEXO + SEDALIA**

NESTESISTA: **DR. THIAGO LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR (E)**

STRUMENTADOR: **19/03/18**

ATA: **19/03/18** TEMPO CIRÚRGICO: **14:40h** ANESTESIA: **INÍCIO** FIM: **15:50h** CIRURGIA: **INÍCIO** FIM: **15:50h**

DICÉ DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)

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

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

MEDICACÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS	QTD.	FIOS	QTD.
FENTANILA	RL	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
PIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
PIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
TAMINA	5F 0,9%	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
OPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	3-0L
OMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
NOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
NTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	1L
JMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLI	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
VOBL. VACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
VOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
OCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
OCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	OK	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
JAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	OK	FIO SEDA Nº	
RFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	OK	FITA CARDÍACA	
BIUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
ICURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
IDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PORFOL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
IFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	20-01
URÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML	OK	FIO DE KIRSCHNER Nº	
OFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	OK	FIO STEINMAN Nº	
AMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	OK	FIO STEINMAN Nº	
ENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	OK	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICACÕES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ENALINA		CÂNULA PI TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
A DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	PROTESE VASCULAR	
OPNA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
TRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
ZOL		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
UM. NA		CATETER EPIDURAL Nº18			
ONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
RNA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS	
SEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	PARAFUSOS ESPONJOSO	
SE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO	
ONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
OCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR	
AINA GELÉIA		ELETRODOS	5	PLACA	
SENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
L		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EQUIPAMENTOS	
IGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		() ASPIRADOR	
AMINA		ESPONJA DE PVPI	OK	() BISTURI ELÉTRICO	
XICAN		ESPARADRAPO	OK	() CAPNÓGRAFO	
		GAZES	OK	() CARDIOMONITOR	
		GAZES ALGODOADAS		() DESFIBRILADOR	
		GEL ELETROLÍTICO		() FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº14		() FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº16		() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

3 BRAUN - AGULHA BLA FLEXO 50 mm - 01

ETHIBOND 15 - 01

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Maria Chaves A. Oliveira
Enfermeira
COREN: PB 911.375

FICHA DE ANESTESIA



PACIENTE: <u>Junilson Roney de Medeiros</u>		DATA: <u>19/03/18</u>	PRONTUÁRIO: <u>1068949</u>
SEXO: <u>M</u>		COR: <u></u>	IDADE: <u>28</u>
PRESSÃO ARTERIAL <u>120/80</u>	PULSO <u>60</u>	RESPIRAÇÃO <u>Eupneica</u>	TEMPERATURA <u>36,2</u> PESO <u>70</u> GRUPO SANGÜÍNEO <u></u>
ESTADO GERAL () BOM (x) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM (x) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES <u></u>			
AP. RESPIRATÓRIO <u>Eupneica</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>Estável</u>	
AP. DIGESTIVO <u>Jejum</u>		ESTADO MENTAL <u>2.2.VE</u> DROGAS EM USO <u></u>	
PRE-ANESTÉSICO <u>Jejum</u>			ESTADO FÍSICO (ASA) <u>ASA II</u>
DOSE/HORA <u></u>			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura do Luxação do ombro direito</u>			
CIRURGIA REALIZADA <u>Tratamento cirúrgico LAC</u>			
CIRURGIÃO <u>Dr. Gustavo</u>		AUXILIARES <u>Dr. Rômulo</u>	
INÍCIO DA ANESTESIA <u>14:15</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA <u>15:30</u> DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>1h 15min</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <u></u>		QUANT. DE CH. <u></u> VALORES RS <u></u>	
ANESTESISTA <u>Dr. Thiago</u>		CPF <u></u>	
AGENTES/ORA <u></u>			

AGENTES/HORA

CRM 7179

1. Shicagum do
aparelho de auscultação

2. CUP # 18 MS D
primo ddh

3. Montagem
PAVI, ECG, Oxímetro

4. Verificação
e pontuação
contínua de O₂

RESISTÊNCIA X
P-ARTERIAL SISTOLICA
DIASTOLICA

220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20

500 500 500 500 500

ANOTAÇÕES

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS _____

TÉCNICA *Bloqueio Interaquelesco HSE*

TIPO(S) _____

VOLUME EM ML _____

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO _____

1	Paracetamol 100mg	11
2	Ketamina	12
3	Atorvastatina 2g	13
4	Dexametasona 10mg	14
5	Novapupa 9V 0,27-110mg	15
6	Indocarina 7V 0,8-1-100mg	16
7		17
8		18
9		19
10		20

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 ABR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

CLASSE

INDIC

SANGUE

RACER

TOTAL

DESTINO DO PACIENTE

☐ APT* ☐ ENFERMARIA

☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA

☒ OUTROS

11

1000

URPD

8. Região da cabeça: anestesiada com clorof 10-1, pulso e
sem epila. A50 + micro-ferulada, interstício
de 40 mA, se injeta 5 + 6 sem sangue, sem
dor, se aspira e 5 ml, anestesia efetiva.

(NG) ASCR 004
 Tierras Kerpale
 MEDICO
 CRM 7173



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JEYMISON YURI MENEZES DE MEDEIROS

DOC IDENTIDADE / DAS EMISSOR UF
3490967 SSDS PB

CPF
088.703.474-86

DATA NASCIMENTO
12/02/1993

FRACÇÃO
MARCILIO SA DE MEDEIROS
DIONETE MENEZES DE MEDEIROS

PERMISSÃO
AB

ACE
AB

CAT/MR
AB

Nº REGISTRO
06557537269

VALIDADE
13/03/2020

1ª HABILITAÇÃO
03/02/2016

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1410566448



PROIBIDO PLASTIFICAR
1410566448

OBSERVAÇÕES

Jeymison Yuri Menezes de Medeiros
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
08/02/2017

Arvalok
ASSINATURA DO EMISSOR

70846854635
PB034107975

PARAÍBA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 AEU, 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10494508

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 1.963/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Maria Cinthia Grilo da Silva

COAB

DEFERRAÇÕES



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

COLEGIO
JOSE EDUARDO DA SILVA
KATIA DE LOURDES FERREIRA GRILLO

NATURALIDADE
SANTA RITA-PB

DATA DE NASCIMENTO
07/07/1966

RG
2911924 - SSP/PB

CPF
051.680.444-29

DATA DE EXPIRAÇÃO
06/08/2012

DOAÇÃO DE ÓRGÃO E TISSIDOS
NÃO

ASSINATURA DO PORTADOR

COORDENADOR GERAL DO CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

PB Nº 013748059549 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017		DATA EMISSÃO 13/09/2017	
VIA 1	CPF/CNPJ 08055216401	PLACA QFT0786/PB	
RENAVAM 01106099637	MARCA/MODELO HONDA/CG 160 START		
ANO FAB. 2016	CAT. TARIF. 9	INSCRIÇÃO 9C2KC2500HR012276	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****	
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) SEGURO	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) P A G O	
PAGAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO		DATA DE QUITAÇÃO 13/09/2017	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.240.008/0001-04

9217-1451003-20170913

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013748059549

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0110609963-7 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2017

NOME YURI NASCIMENTO DA SILVA

C.P.F. / C.N.P.S. 08055216401

PLACA QFT0786/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB 9C2KC2500HR012276

ESPÉCIE / TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO ABILIT COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARKA / MODELO HONDA/CG 160 START ANO FAB 2016 ANO MOD 2017

CAP / POT / LIT 2 P/162 /CT

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000

1ª VENC / COTAS

I
P
V
A

FAIXA I.R.V.A. *****

PARCELAMENTO / COTAS 0

2ª
3ª

PRÊMIO TAFI/FARIO (R\$) *****

IOF (R\$)

SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

P A G O

DATA DE PAGAMENTO

13/09/2017

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

JOAO PESSOA - TOTAL

13/09/2017

41947



Agenciaon Vieira da Silva

39217

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JEYMISON YURI MENEZES DE MEDEIROS, portador da carteira de identidade nº 3490967 SSP/PB inscrito no CPF sob o nº 088.703.474-86, profissão motoboy, estado civil solteiro, residente e domiciliado na Rua Sagui da Serra, s/n, Paratibe, João Pessoa-PB. CEP: 58062-308, Telefone (83) 98829-5850

OUTORGADO(S): MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA, inscrita na OAB/PB nº 17.295 e **RAFAELA MARIA E SILVA FERREIRA**, inscrita na OAB/PB sob o nº 20.228, com escritório situado na Avenida Capitão José Pessoa, 602 – Jaguaribe – João Pessoa/PB. CEP 58015-170.

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

João Pessoa, 08 de junho de 2018.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Jeymison Yuri Menezes de Medeiros
OUTORGANTE

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituto
Rua Elói Pereira de Azeite, 40 - Mangabeira/Paratibe - CEP 58062-308 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: (33) 98829-5850

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
JEYMISON YURI MENEZES DE MEDEIROS

Em test. da verdade, João Pessoa-PB 08/06/2018 10:50:27
ALCELAINE FELIX FERNANDES - ESCRIVENTE AUTORIZADA
[2018-020480]EMOL:R\$ 89,48 FARENSE:R\$ 0,28 FEPA:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: A6Z94119-9QAH
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

