

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: 00000009228-6

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 GRILLO 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



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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Martha Maria Rausch de Queiroga".



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

088.703.474-86

Nome completo da vítima

Reymison Yuri Menezes de Melo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF	Endereço	CPF titular da conta	Residão
Reymison Yuri Menezes de Melo	088.703.474-86	Rua Sagui da Silva	Número	Motoboy
Bairro	Cidade		Estado	Complemento
Paratiibe	João Pessoa		PB	
Email	CEP			Telefone (DDD)
e-mail. jus advogados @ gmail.com	5862 308			(83) 986630581

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	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N°: 0037 DV: 4228 CONTA N°: 6
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: NFO
AGÊNCIA N°: DV: CENTRAL N°: 018 DV:
(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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Local e Data
João Pessoa, 23 de agosto de 2018

Reymison YURI Menezes de Melo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 Sagüí 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 preta, 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. GLENDER TÉRCIO 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

JEYMINSON YURI MENEZES DE MEDEIROS
Noticiante



Procedimento Policial: 01615.01.2018.1.00.420



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
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			
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-PLACÁ, 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

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(: 2882/PB)

JEYMILSON MENDES DE MEDEIROS





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
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			
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-PLACÁ, 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

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(: 2882/PB)

JEYMILSON MENDES DE MEDEIROS





CAGEPA

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

RECIBO DE CONTA DE ÁGUA E ESGOTO INFORME DE FATURA

MATRÍCULA

70687943

REFERÊNCIA

JUN/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE CICERO FELIX DA SILVA
RUA SAGU I DA SERRA, S/N - PARATIBE JOAO PESSOA PR
58062-308

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Rodovia	Centro	Interior	Estado	
001.095.335.0363.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
3.12E4068915	04/06/2013	EXT LACRICORTADO	POTENCIAL			

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

201	208	7	32	01/07/2018
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO-DO PORT.	05/2017 HS,
ABR/2018	4	36	PARÂMETROS	EXIG.
ABR/2018	8	13	TURBIDEZ	268
MAR/2018	2	30	CLORO	268
FEV/2018	0	0	COL. TERMOT.	0
JAN/2018	0	0	COR	73
DEZ/2017	0	0	COL. TOTALS	268
MEDIA(M)	15		DADOS REFERENTES A: ABR/2018	287

DATA DA IMPRESSÃO: 04/06/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 10:46:15

DESCRICAÇÃO	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/LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	16/06/2018	Total a Pagar:	R\$ 37,91
-------------	------------	----------------	-----------



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EN 30-04-2018, REESTRABOU QUE V. SA. ESTAVA EN-DÉBITO. COMPARTEÁ OS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÉS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70687943	JUN/2018	16/06/2018	R\$ 37,91

826890000000 0 379100110001 3 07068794301 2 06201870003 9



UNIPREV
UNIPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 AGO. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TIM Celular S.A.
Av. Pres. Epitácio Pessoa, 3160-SL6
Tombosinho - João Pessoa - PB
CNPJ: 04.206.050/0085-99 - IE: 16.143.665-0
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

Página 1 de 4

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

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/08/2018

EMISSÃO: 19/07/2018

POSTAGEM: 27/07/2018

FATURA: 3461569306

CASSIO ASSIS ESPINOLA
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA
JAGUARIBE
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

CLIENTE: 165481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACesso: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

IMPORTANTE PARA CASSIO

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

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

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
Ilimitado	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

Todos os suas ligações de voz realizadas na área coberta pela Rede TIM	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Chamadas Locais de Fixo para Celulares TIM	-	07m36s	7	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outros Celulares	-	183m00s	92	-	-	0,00
Chamadas Longa Distância de Fixo: TIM LD 41	-	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, pelo Site Meu TIM. Visite meutim.com.br para mudar para Conta Digital!

IMPOSTO TIM S.A. ALIQUOTA: BASE DE CÁLCULO: VALOR: FUST: R\$ 0,23
ICMS 30% R\$ 35,00 R\$ 10,50 FUNTTEL: R\$ 0,12
PIS/COFINS - Serviços Telecom 3,65%
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom 9,25%

Em atendimento à Lei 12.741/2012

*As contribuições da FUST [1%] e FUNTTEL [0,5%] não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)
Incluídos no(s) Plano(s)

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

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 AGO. 2018

TIM

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.

PROTOCOLO
A.S. JOAO PESSOA

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

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/BIBLIOTECAWEB/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 Cinthia Gilo da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 051690444-29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jennyson Yuri Henzez de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 083703474-86, do sinistro de DPVAT cobertura Finalidade 3 da Vítima Jennyson Yuri Henzez de Melo, 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 José Pessoa</u>			Número	<u>602</u>	Complemento	<u>Setor 06</u>
Bairro	<u>Jaguaribe</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58015345</u>
Email	<u>comult.jus.advogados@gmail.com</u>			Telefone comercial(DDD)	<u>(83)976630583</u>	Telefone celular(DDD)	<u>(83)9792316</u>

João Pessoa, 23 de agosto de 2018
Local e Data

Maria Cinthia Gilo da Silveira
Assinatura do Declarante

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
30 AGO. 2018
PREVIDÊNCIAS

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Juci Mancimento 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 Lopes Machado, nº 947,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Leymison Juci Menezes de Medeiros cujo o condutor era
Leymison Juci Menezes de Medeiros.

Véiculo: Motocicleta
Modelo: Honda CG 160 START
Ano: 2017
Placa: QFT 0786/PB
Chassi: 9C2KC2500HR012276
Data do Acidente: 14/03/2018
Local e Data: São Paulo - SP, 2018

a Viva Nascimento da Silva VIENNA
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

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



SERVIÇO NOTARIAL "VITÓRIA BATISTA" NOFÍCIO DISTITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Técnico / Bel., Rosângela Soárez Batista - Subnotária
Rua Bel. Ferreira da Andrade, 46 - Mequimóveis - CEP: 58030-000 - João Pessoa - PB - Fone/Fax: (23) 3013-6216

Reconheço, como autenticação verdadeira, a(s) Firma(s) de:
YURI NASCIMENTO DA SILVA

Em testada verdade. João Pessoa-PB 24/05/2019 16:25:42
Maricíelle Alexandre da Silva Moraes, FAREVENTE, [REDACTED]
[2018-020193]EMOL:R\$ 19,48 FARPEM:R\$ 1,20 FEPJ:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AGU19294-1506
Confira a autenticidade em: www.notariado.com.br

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Juci Mancimento 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 Lopes Machado, nº 947,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Leymison Juci Menezes de Medeiros cujo o condutor era
Leymison Juci Menezes de Medeiros.

Véiculo: Motocicleta
Modelo: Honda CG 160 START
Ano: 2017
Placa: QFT 0786/PB
Chassi: 9C2KC2500HR012276
Data do Acidente: 14/03/2018
Local e Data: São Paulo - SP - 26

a Viva Nascimento da Silva VIENNA
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

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



SERVIÇO NOTARIAL "VIVIANA BATISTA" NOFÍCIO DISTITAL.
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tenente - Bel., Rosângela Vieira Batista - Suboficial
Bia Elisa Ferreira da Andrade - Ag. - Melegueta/PI - CEP: 65300-000 - João Pessoa - Paraíba - Fone: (83) 99999-1234

Reconheço, como autenticada verdadeira, a(s) Firma(s) de:
YURI NASCIMENTO DA SILVA

Em testada verdade. João Pessoa - PI 24/05/2019 16:25:42
Maricicleide Alexandre da Silva Maricileide SECRETA
[2018-020193]EMOL:84 19,48 FARPEL:49,42 FEF:3,47 VTO:155,17
SELO DIGITAL: AGU19294-1506
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tabelionato7.com.br>



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

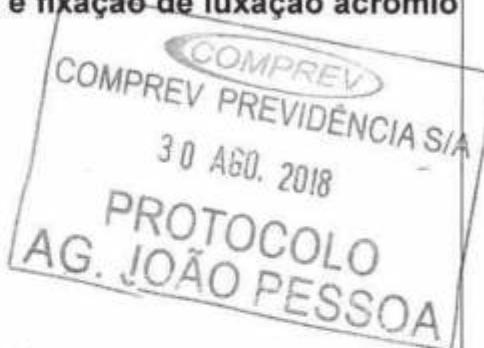
MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de dor e deformidade do ombro esquerdo com limitação de movimentos. Atendido pelo Dr. José Renna Gomes da Silva CRM 9121, Dr. Marcos Antônio C. Furtado CRM 2882, Dr. Francélio Freitas CRM 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 Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HETSHL
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 LucenaGOVERNO
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			
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-PLACÁ, 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

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
 (: 2882/PB)

JEYMILSON MENDES DE MEDEIROS





**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ORTÉSES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - QFME**

Promedio:
1068849
53,28
Dad

Proprietario:

Date _____

Repositório

Coxian Process

Date: / /

Civica Provin-

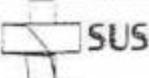
Dr Francinélio Freitas
Médico
CRM-RJ 158966
CRF-RJ 459057800

SSN/TIBA ENTERPRISE - COP
M. Lp. Mm. Valéria C. da Silva
REBENPR 476.693

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

~~Gilrione Corrêa de Araújo
Engenheiro Civil
Técnico em Administração
Instituto Federal do Rio Grande do Sul
COREN-RS~~

F(NG),ApC,013,2



Sistema Único de 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 PONTUÁRIO

JAMILSON MENDES DE MENESES

8068949

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

Masc

1

Fem

3

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

ASSINANTE - FIO DE KIRSONNER N° 20 (Ficou no paciente) - OS
30 AGU. 2018

COMPREV

COMPREV, PREVIDÊNCIA S/A

30 AGU. 2018

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/03/18

41 - DOCUMENTO

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

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

Dr Francinélio Freitas,

Médico

CRM PB 9603

CNS 70340457905/800

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

Dr Francinélio Freitas,

Médico

CRM PB 9603

CNS 70340457905/800



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Jeynivan Ferreira de Medeiros BE/Prontuário: 1338909
 Idade: 25 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 19/10/2018
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Fórceps cirúrgicos de Curvado avançado
 Cirurgião: Dr. Gustavo Mendonça 1º Assistente: Dr. Fernanda Gomes
 2º Assistente: Wito (ML2) 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____ : ____ Término ____ : ____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Luxação de rotula avançada (2)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Fórceps avançado</u>	


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

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. Francinelli Freitas
 Médico
 CRM PB 9603
 CMS 703404579057800

João Pessoa, 19/10/2018

Médico/CRM: _____

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<p>Paciente - D.O.H sobre cadarço prado colo no lado</p> <p>Magro + anteroperitoneal + glicose de campo estéril</p>
Incisão:	<p>Incisão gelo abra 10cm</p>
Achados:	<p>Glicose retroperitoneal</p>
Conduta:	<p>Preparo de fio em o clávula</p> <p>Parêntesis de fio de Ethilon para tração e sangramento no tecido.</p> <p>Preleção lento</p> <p>Trançado de fio de Kirschner 2x através da clávula</p>
Fechamento:	<ul style="list-style-type: none"> - Tectomia 10cm - curativo estéril - Técnica
Observação:	<p>COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA SIA 30 AGO. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>

João Pessoa, ___ / ___ / ___

Médico/CRM: _____

Nota de Sala Cirúrgica

HOSPITAL



NAME DO PACIENTE:	JAMILSON MONDES DE MENEZES				
SADE:	25	106.894	HORÁRIO:	INTERMARIA	LEITO: M2
IRURGIA:	Dr. THIAGO LUXACO	ACROMIO CLAVICULA	E		
IRURGIA:			AUX:	AUX:	
NESTESIA:					
NESTESISTA:					
STRUMENTADOR:					
DATA:	19/03/18	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO:		TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: FIM:	14:40h FIM 15:50h
DICE DE RISCO DE CIRUGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTE)	ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()				
RAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
FENTANILA	RL	JELCO N°18		FIOS CAT GUT CROMADO N°	
PIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO N°20		FIOS CAT GUT CROMADO N°	
PIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIOS DE AÇO N°	
TAMINA	OF 0.9%	JELCO N°24		FIOS DE AÇO N°	
OPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIOS DE NYLON N°	
OMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI N°1		LÂMINA BISTURI N°	
NOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	QTD. LÂMINA BISTURI N°15		FIOS DE NYLON N°	
NTANILA	PVP DEGERMANTE	QTD. LÂMINA BISTURI N°23		FIOS POLIGLACTINA N°	
JMAZENIL	PVP TINTURA	QTD. LÂMINA BISTURI N°24		FIOS POLIGLACTINA N°	
FLI	PVP TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIOS POLIGLACTINA N°	
VOLB. + ACACINA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIOS POLIPROPILENO N°	
VOPUPIVACAINA S/ VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OU	FIOS POLIPROPILENO N°	
OCAINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	QTD. LUVA ESTÉRIL N°7,0	OU	FIOS POLIPROPILENO N°	
OCAINA S/ VASO	AGULHA 25X07	QTD. LUVA ESTÉRIL N°7,5	OU	FIOS POLIGLECAPRONE N°	
ZAZOLAN	AGULHA 25X08	QTD. LUVA ESTÉRIL N°8,0	OU	FIOS SEDA N°	
REFNA	AGULHA 40X13	QTD. LUVA ESTÉRIL N°8,5	OU	FITA CARDIACA	
GBUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MASCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
ICURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVITAS		CATETER DE PIC	
IDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
POFOL	AGULHA RAQUI N°25G	SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
IFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21		FIOS DE KIRSCHNER N°	
URÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA 3ML		FIOS DE KIRSCHNER N°	
OFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIOS STEINMAN N°	
AMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	QTD. SERINGA 10ML	OU	FIOS STEINMAN N°	
ENTAL	ATADURA GESSADA	QTD. SERINGA 20ML	OU	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVÍVEL	
ENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA. VENTRICULAR	
A DESTILADA	QTD. CATETER DE OXIGÉNIO	QTD. SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PROTESE VASCULAR		
DPNA	CATETER EMBOLEC ARTERIAL N	QTD. SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT. PAM		
TRA	CATETER EPIDURAL N°16	QTD. SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO		
ZOI	CATETER EPIDURAL N°17	QTD. SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA	
UNL NA	CATETER EPIDURAL N°18	QTD. SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
RONA SODICA	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
RJNA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
SEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	QTD. SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
DSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
ONATO DE CALCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
DCORTISONA	DRENO DE SUCÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
CAINA GELÉIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
SENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	QTD. TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
E	EQUIPO TRANSF. SANGUE				
IGMINE	EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
AMINA	ESPOJNA DE PVPI	QTD. FIOS	QTD.	() ASPIRADOR	
XICAN	ESPARADRAPO	QTD. FIO ALGODÃO S/A N°		X BISTURI ELÉTRICO	
	GAZES	QTD. FIO ALGODÃO S/A N°		() CAPNÓGRAFO	
	GAZES ALGODOADAS	QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		X CÁRDIOMONITOR	
	GEL ELETROLÍTICO	QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		() DESFIBRILADOR	
	JELCO N°14	QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		() FOCO AUXILIAR	
	JELCO N°16	QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		X FOCO CENTRAL	
		QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		() MICROSCOPIO	
		QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		X OXÍMETRO DE PULSO	
		QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		X P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA	
		QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		X PERFORADOR ELÉTRICO	
		QTD. FIO ALGODÃO C/A N°		() SERRA	
				CIRCULANTE	

ETHIBOND N5 - 01

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA
30 AGO. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSO
Márcia Chaves Oliveira
Técnico Enfermagem
COREN-PB: 911.375

3 BRAVO - Agulha mal fluxo 50mm - 01



HECTSHL

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 19/03/18

PRONTUÁRIO:

1068949

PACIENTE:	Jenilson Henrique de Melo	SEXO: M	COR: P	IDADE: 27	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO 100	RESPIRAÇÃO Espontânea	TEMPERATURA 36,5	PESO 70	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL	() BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	() BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO	Espontâneo	AP. CIRCULATÓRIO	Estável		
AP. DIGESTIVO	Tóxico	ESTADO MENTAL	2. D. T+	DROGAS EM USO	
PRE-ANESTÉSICO					ESTADO FÍSICO (ASA)
DOSE/HORA					ASA I
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura sacro ilíaca com o abacaxi				
CIRURGIA REALIZADA	Trotamonto cirúrgico LAC				
CIRURGIÃO	Dr Gustavo	AUXILIARES	Dr Rômulo	Esperado	
INÍCIO DA ANESTESIA	14:15	TERMINO DA ANESTESIA	15:30	DURAÇÃO DA ANESTESIA	1h 15min
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES RS	
ANESTESISTA	Dr Thierry	CPF		Tierrés Kehrwald	MÉDICO CRM 7779

AGENTE ANESTÉSICO: N2O

N2O 500 500 500

O2 200 200 200

PULSO 160 160 160

● DIÁSTOLICA 140 140 140

● P. ANTERRADICAL 80 80 80

● P. ANTERRADICAL 50 50 50

● P. ANTERRADICAL 20 20 20

● P. ANTERRADICAL 10 10 10

● P. ANTERRADICAL 5 5 5

● P. ANTERRADICAL 2 2 2

● P. ANTERRADICAL 1 1 1

● P. ANTERRADICAL 0 0 0

● P



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

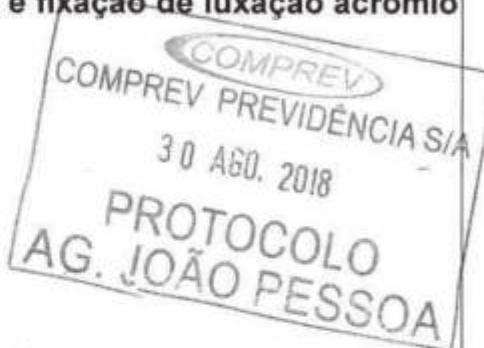
MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de dor e deformidade do ombro esquerdo com limitação de movimentos. Atendido pelo Dr. José Renna Gomes da Silva CRM 9121, Dr. Marcos Antônio C. Furtado CRM 2882, Dr. Francélio Freitas CRM 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 Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HETSHL
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 LucenaGOVERNO
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			
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-PLACÁ, 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

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(: 2882/PB)

JEYMILSON MENDES DE MEDEIROS





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Promotor: 1068840
Data: 03/28

Date: _____

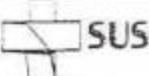
DISPENSAÇÃO CME		FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
			ANESTÉSICO KIOSCHNEN Nº 2,0 (Fico no paciente)			

Lsp. Ana Valéria C. da Silva
Assinatura ENFERMAGEM - COR
PR 476.693

Dr Francinélio Freitas
Médico
CRM PB 6600 DIC0 - CRM
5340439057800

~~Gilene Corrêa de Souza
Técnica em Consultoria Responsável
Instituto Federal do Paraná
COREN-PR~~

Lp. Ann Valéria C. da Silva
PR 476.593



Sistema Único de 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 PONTUÁRIO

JAMILSON MENDES DE MENESES

8068949

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

9 - SEXO
Masc 1 Fem 3

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

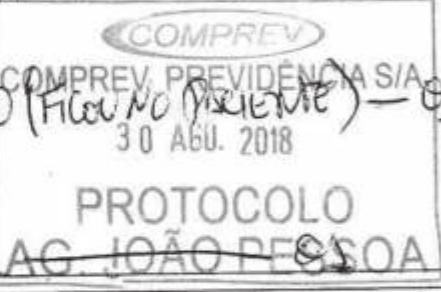
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ASSINANTE - FIO DE KIRSONNER N° 20 (Ficou no paciente) - OS
30 AGU. 2018



PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/03/18

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

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

() CNS () CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Jeynivan Ferreira de Medeiros BE/Prontuário: 1338909
 Idade: 25 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 19/10/2018
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Fórceps cirúrgicos de Curvado avançado
 Cirurgião: Dr. Gustavo Mendonça 1º Assistente: Dr. Fernanda Gomes
 2º Assistente: Wito (ML2) 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____ : ____ Término ____ : ____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Luxação de rotula avançada (2)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Fórceps avançado</u>	


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

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. Francinelli Freitas
 Médico
 CRM PB 9603
 CMS 703404579057800

João Pessoa, 19/10/2018

Médico/CRM: _____

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<p>Paciente - D.O.H sobre cadarço prado colo no lado</p> <p>Magro + anteroperitoneal + glicose de campo estéril</p>
Incisão:	<p>Incisão gelo abra 10cm</p>
Achados:	<p>Glicose retroperitoneal</p>
Conduta:	<p>Preparo de fio em - o clávula C</p> <p>Parê - o fio de Ethilon p/ferma + suture - o nervo coxídeo.</p> <p>Redução lento</p> <p>Uso de fio de Kirschner 2 x através da clávula</p>
Fechamento:	<ul style="list-style-type: none"> - Tônico anti hibit - curativo estéril - fita
Observação:	<p>COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA SIA 30 AGO. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>

João Pessoa, ___ / ___ / ___

Médico/CRM: _____

Nota de Sala Cirúrgica

HOSPITAL



NAME DO PACIENTE:	JAMILSON MONDES DE MENEZES				
SADE:	25	106.894	HORÁRIO:	INTERMARIA	LEITO: M2
IRURGIA:	Dr. THIAGO LUXACO	ACROMIO CLAVICULA	E		
IRURGIA:			AUX:	AUX:	
NESTESIA:					
NESTESISTA:					
STRUMENTADOR:					
DATA:	19/03/18	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO:		TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: FIM:	14:40h FIM 15:50h
DICE DE RISCO DE CIRUGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTE)	ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()				
RAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
FENTANILA	RL	JELCO N°18		FIOS CAT GUT CROMADO N°	
PIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO N°20		FIOS CAT GUT CROMADO N°	
PIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIOS DE AÇO N°	
TAMINA	OF 0.9%	JELCO N°24		FIOS DE AÇO N°	
OPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIOS DE NYLON N°	
OMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI N°1		LÂMINA BISTURI N°	
NOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	QTD. LÂMINA BISTURI N°15		FIOS DE NYLON N°	
NTANILA	PVP DEGERMANTE	QTD. LÂMINA BISTURI N°23		FIOS POLIGLACTINA N°	
JMAZENIL	PVP TINTURA	QTD. LÂMINA BISTURI N°24		FIOS POLIGLACTINA N°	
FLI	PVP TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIOS POLIGLACTINA N°	
VOLB. + ACACINA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIOS POLIPROPILENO N°	
VOPUPIVACAINA S/ VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OU	FIOS POLIPROPILENO N°	
OCAINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	OU	LUVA ESTÉRIL N°7,0	FIOS POLIPROPILENO N°	
OCAINA S/ VASO	AGULHA 25X07	OU	LUVA ESTÉRIL N°7,5	FIOS POLIGLECAPRONE N°	
ZAZOLAN	AGULHA 25X08	OU	LUVA ESTÉRIL N°8,0	FIOS SEDA N°	
REFNA	AGULHA 40X13	LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIACA	
GBUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MASCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
CURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVITAS		CATETER DE PIC	
IDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
POFOL	AGULHA RAQUI N°25G	SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
IFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21		FIOS DE KIRSCHNER N°	
URÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA 3ML		FIOS DE KIRSCHNER N°	
OFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIOS STEINMAN N°	
AMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	OU	SERINGA 10ML	FIOS STEINMAN N°	
ENTAL	ATADURA GESSADA	OU	SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVÍVEL	
ENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA. VENTRICULAR	
A DESTILADA	■	CATETER DE OXIGÉNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PROTESE VASCULAR	
OPNA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT. PAM	
TRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO	
201		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA	
UNL NA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
RONA SODICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICAIS	
RJNA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS	
SEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OU	PARAFUSOS ESPONJOSO	
DSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO	
ONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
DCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
CAINA GELÉIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA	
SENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	7 TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
E		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
IGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
AMINA		ESPONJA DE PVPI	OU	() ASPIRADOR	
XICAN		ESPARADRAPO	OU	X BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES	OU	() CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS	OU	X CÁRDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO		() DESFIBRILADOR	
		JELCO N°14		() FOCO AUXILIAR	
		JELCO N°16		X FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				X OXÍMETRO DE PULSO	
				X P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA	
				X PERFORADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

ETHIBOND N5 - 01

COMPREV PREVIDÊNCIA
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSO
Márcia Chaves Oliveira
Técnico Enfermagem
COREN-PB: 911.375

3 BRAVO - Agulha mal fluxo 50mm - 01





SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS Causados por AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - 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

DATA EMISSÃO

13/09/2017

VIA	1	CPF / CNPJ	PLACA
	08055216401		QFT0786/PB
RENAVAM	01105099637	HONDA / CG	MARCA / MODELO
ANO FAB.	2016	9	160 START
			CÓDIGO CHASSI
			9C2KC2500HR012276

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) SEGURADO	TUDE A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) PAGO
PAGAMENTO		
COTA ÚNICA	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO 13/09/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ: 08.246.908/0001-04

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 AGU. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB

Nº 013748059549

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM RN TRC EXERCÍCIO
1 0110609963-7 00/00000000 2017

YURI NASCIMENTO DA SILVA

CPF/CNPJ PLACA
08055216401 QFT0786/PB

NOVO ANTO. US PB 9C2KC2500HR012276

PAS/MOTOCICLE/NAO APPL COMBUSTÍVEL
GASOLINA

HONDA/CG 160 ST 016 ANO-MOD 2017

CAP/POT 2 P/162 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

IPVA	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC./COTAS
	*****	00/00/0000	1º
A	0		2º

PRÉMIO TAIFARO (R\$) 100,00 PREMIO TOTAL (R\$) 100,00 DATA DE PAGAMENTO 13/09/2017

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONCEIÇÃO HONDA LTDA

JOÃO PESSOA - PB



41947

1370972017

39217

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

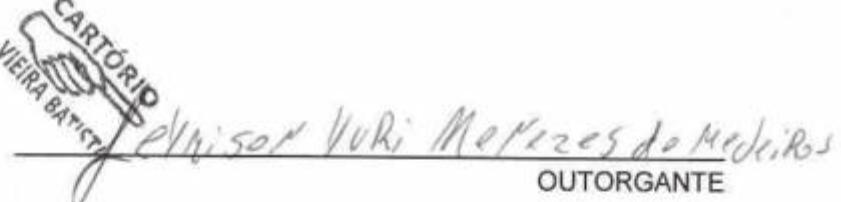
PROCURAÇÃO

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 GRILLO 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
OUTORGANTE

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Belo / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituta
Av. Edmundo de Andrade, 40 - Bairro da Praia - João Pessoa - PB - CEP: 58020-200

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

JEYMISON YURI MENEZES DE MEDEIROS

Em test. da verdade, João Pessoa-PB 08/06/2018 10:00:23

ALCEIRALINE FELIX FERNANDES - ESCREVENTE AUTORIZADA

[2018-028400]EMOL:R\$ 19,48 FARPEM:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AG6294119-9QAN

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

