

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta nº: 11326873

A/C: SEBASTIAO AGOSTINHO TAVARES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170382344 ASL-0264432/17
Vítima: SEBASTIAO AGOSTINHO TAVARES
Data Acidente: 02/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2017

Carta nº: 11484728

A/C: SEBASTIAO AGOSTINHO TAVARES

Sinistro: 3170382344 ASL-0264432/17
Vítima: SEBASTIAO AGOSTINHO TAVARES
Data Acidente: 02/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2017

Carta nº: 11536685

A/C: SEBASTIAO AGOSTINHO TAVARES

Sinistro: 3170382344 ASL-0264432/17
Vítima: SEBASTIAO AGOSTINHO TAVARES
Data Acidente: 02/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **SEBASTIAO AGOSTINHO TAVARES**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000904**

Conta: **0000033763-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMP

Autorização de pagamento

CÓDIGO

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

sem dados de terceiros, so no recebimento da

EU, SEBASTIÃO APOSTOLINO TAVARES
 PORTADOR(A) DO RG Nº 4461611 EXPEDIDO POR SSDS-PB EM 15.10.2017
 COM 027.056.784-08 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Aux de serv. gerais
 E RENDA MENSAL DE R\$ RECEIUA (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SEBASTIÃO APOSTOLINO TAVARES AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0804 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00033763-0

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

João Pessoa 10 de Setembro de 2017 Sebastião Apostolino Tavares
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



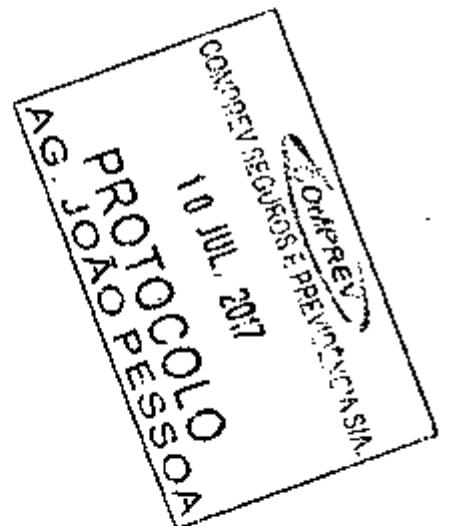
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0821204.





Boletim de ocorrência nº 421051/2017
Cópia de Cópia original de ocorrência
Assinatura



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPM) (CPM-III)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT	0232 - 2017	Responsável pelo Levantamento do acidente	ROSINALDO OLIVEIRA DE SOUZA	Posto/Graduação	3SGT/PM
Rua, Avenida, Crustamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia	Rua João de Brito Lima Moura Perfeito Ribeiro	Hora	18:00	Município	João Pessoa
Data/Ocorrência	02-04-2017	Dia da Semana	Domingo	Estado	PB
Envolvidos no acidente (Quantidade)	02	Com	Abatimento	Assalto	Tempo
Envolvidos no acidente (Quantidade)	02	Com	Abatimento	Assalto	Tempo
Envolvidos no acidente (Quantidade)	02	Com	Abatimento	Assalto	Tempo

Nome	Sebastião Agostinho Tavares	Sexo	Masculino	Nascimento	26-12-1978	RG	4461611
Endereço	Rua Frei Joaquim 299, Mandacaru, João Pessoa PB - Tel: (083) 98872-2084	Categoria	Registo CCH-R	U.F.	Ex. médica	Data Verificação	Usava cinto
1ª Habilitação	Não habilitado	Exame de Embriaguez Alcoólica	Não	Destino do Condutor	Socorrido ao Hospital de Traumas	Usava Capacete	

Placa	330nda NVR 150	Espele	Motorista	Placa	OFZ-4566	Categoria	Particular	Município	João Pessoa	U.F.	PB
Nome do Proprietário	Sebastião Agostinho Tavares	Seguradora	DPVAT	013136491334	Renovação nº	00545479550	Data da Emissão	03-03-2017			
Doctores	Não encontrado										

Nome	João Batista Lucas de Farias	Sexo	Masculino	Nascimento	10-06-1964	RG	924138
Endereço	Rua Professor Luiz Burity 430, Mandacaru, João Pessoa PB - Tel: (083) 98872-5485	1ª Habilitação	05-11-1986	Categoria	Registo CCH-R	U.F.	Ex. médica
Exame de Embriaguez Alcoólica	Não	Destino do Condutor	Socorrido ao Hospital de Traumas				

Nome	João Batista Lucas de Farias	Placa	KFU-2024	Categoria	Particular	Município	João Pessoa	U.F.	PB
Seguradora	DPVAT	012710074348	Renovação nº	00644930942	Data da Emissão	28-07-2016			

Nada constatado

Condutores declarados no Boletim no dia 04-04-2017 às 10h:50m e disse que: trafegava no sentido Escola Rui Carneiro/LPS Mandacaru, quando foi entrar na via B, porém, ficou a vista e visualizou que não vinha nenhum veículo no sentido contrário, quando concluiu a manobra, apressou o VI de repente, sentido de trás de um ônibus que estava estacionado no ponto final, chegando a se chocar com o V2, que não teve como evitar o acidente. Adianta que o V1 trafegava em alta velocidade, ultrapassando o ônibus estacionado.



COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-III)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS - BOAT Nº 0232 - 2017
DANOS NO V1

Marca/Modelo: Honda Bros 150 Placa: OPZ-4566 Responsável pelo Preenchimento: Sgt De Souza Data: 02-04-2017

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Sim	Não	Item	Nome da Peça	Sim	Não
01	Garfo dianteiro	x		05	Chassi	x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira	x		06	Garfo traseiro	x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	x		07	Eixo traseiro (trans-bra)	x	
04	Coluna de direção	x			Total Geral (Sim + Não)	00	

Observações:
100-DANO DE PEQUENA MONTA

AValiação POR DANO:
Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 -> DANO DE GRANDE MONTA

Marca/Modelo: Fiat Uno Placa: KFU-2024 Responsável pelo Preenchimento: Sgt De Souza Data: 02-04-2017

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Sim	Não	Item	Nome da Peça	Sim	Não
01	Panel porta-teto	x		12	Longarina traseira esquerda	x	
02	Longarina dianteira esquerda	x		13	Assolinho porta malas ou caremba	x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda	x		14	Longarina traseira direita	x	
04	Estrutura de eixo traseira esquerda	x		15	Caixa de roda traseira direita	x	
05	Air Bags frontais	x		16	Estrutura da coluna traseira direita	x	
06	Air Bags laterais	x		17	Estrutura da coluna traseira esquerda	x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda	x		18	Estrutura da coluna central direita	x	
08	Estrutura da coluna central esquerda	x		19	Estrutura da coluna dianteira direita	x	
09	Estrutura de coluna traseira esquerda	x		20	Assolinho central direito	x	
10	Caixa de roda traseira esquerda	x		21	Caixa de roda dianteira direita	x	
11	Assolinho central esquerdo	x		22	Longarina dianteira direita	x	

Observações:
00-DANO DE PEQUENA MONTA

AValiação POR DANO:
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa - PB, 20 de Abril de 2017.

Rostandio Oliveira de Souza, 3º SGT PM
Responsável pelo Lançamento

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0232 - 2017

Nome: Sebastião Agostinho Tavares Sexo: Masculino Nascimento: 26-12-1978

Endereço: Rua Frei Joaquim 299, Mandacaru, João Pessoa - PB - Tel: (083) 98722-2084.

Condição da Vítima: Condição da Peça: Usava Cinto

Condição da Peça: Hospital de Traumas

Nome: João Batista Lucas de Farias Sexo: Masculino Nascimento: 10-06-1964

Endereço: Rua Professor Luiz Burity 430, Mandacaru, João Pessoa - PB - Tel: (083) 98823-5485.

Condição da Peça: Hospital de Traumas

Nome: Mariana Mery Augustinho Muniz Sexo: Feminino Nascimento: 16

Endereço: Rua Professor Luiz Burity 430, Mandacaru, João Pessoa - PB - Tel: (083) 98823-5485.

Condição da Vítima: Condição da Peça: Usava Cinto

Condição da Peça: Hospital de Traumas

Nome: Mariana Mery Augustinho Muniz Sexo: Feminino Nascimento: 16

Endereço: Rua Professor Luiz Burity 430, Mandacaru, João Pessoa - PB - Tel: (083) 98823-5485.

Constatado quando do levantamento que: a via A não há sinalização. O condutor: 01 com passageira conduzida ao Trauma com pancada na parte esquerda e esmagamentos. Condutor 01 notificado pelo artigo 162 I, o condutor 02 teve corte no pé devido estilhaços de vidro do V2. O condutor 01 não apresentava sinais de embriaguez. O sinistro do acidente se deu na faixa do V1. As Avarias no V1 foram na parte frontal e lado esquerdo, no V2 para choque, capô, farol e para brisa. Ambos os veículos conduzidos ao Bpran para complemento de laudo.

João Pessoa - PB, 20 de Abril de 2017.

Rostandio Oliveira de Souza, 3º SGT PM
Responsável pelo Lançamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRA/CPRA-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

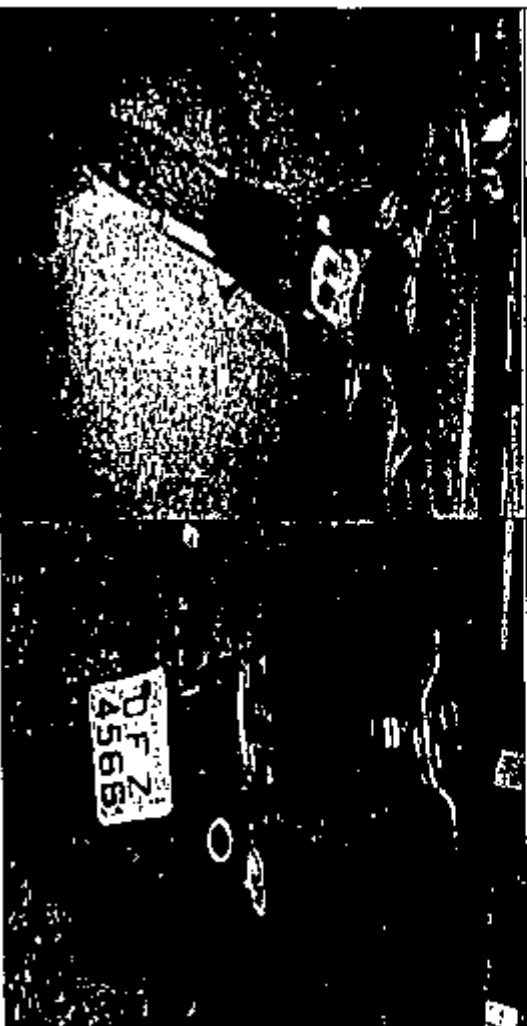


BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0232/2017

FOTOS DO VÍ

FRENTE (V1)

TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)

LATERAL ESQUERDA (V1)



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRA/CPRA-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0232/2017

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)

TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)

LATERAL ESQUERDA (V2)



Resposta Oficial de Saneamento
Responsável pelo Lançamento

Resposta Oficial de Saneamento
Responsável pelo Lançamento

Resposta Oficial de Saneamento
Responsável pelo Lançamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



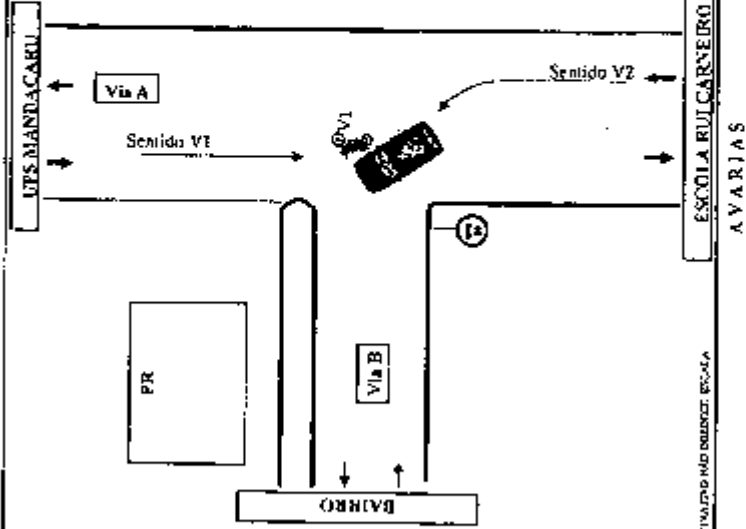
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0232/2017

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua João de Brito L. Moura 07,00 metros
VIA "B" - Rua Perônio Ribeiro 07,00 metros

PR (Ponto de Referência): Terminal de Ônibus Mandacaru
PA (Ponto de Amarração): Guia do meio fio

V1 (Veículo 01): Elavos Dianteiro Direito 04.30 metros para (PA)
V2 (Veículo 02): Elavos Dianteiro Esquerdo 02.70 e Traseiro 03.20 metros para (PA)



PRESENÇA ESTATUÍDAS NO DECRET. 850/84

AVARIAS



V2

V1

Assinado e rubricado
Assinado e rubricado pelo Levanamello

RECEBIDA
0310511
EM 03/10/2017
DEPARTAMENTO

RECEBIDA
0310511
EM 03/10/2017
DEPARTAMENTO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, SEBASTIÃO ABOREXIMHO TAVARES, portador da carteira de identidade nº 4461611 e inscrito no CPF sob o nº 02375678408, residente e domiciliado na RUA FOTI SOARES, 293, ESTADOS, Cidade SOÃO PESSOA, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

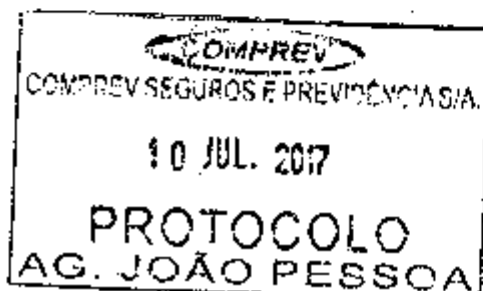
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Sebastião Aboreximho Tavares
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Soão Pessoa, 10 de Julho de 2017
Local e data





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Sebastião Agostinho Tavares

DATA DE NASCIMENTO 26/12/78

NOME DA MÃE Maria José Tavares da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 101299

BOLETIM DE ENTRADA N.º 991372

DATA DO ATENDIMENTO 02/04/17

HORA DO ATENDIMENTO 18:51

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de fêmur esquerdo

CID 10 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, trazido pelos bombeiros, apresentando dor e deformidade em membro inferior esquerdo, nega perda da consciência, Glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX coxa esquerda

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de fêmur esquerdo

TRATAMENTO:

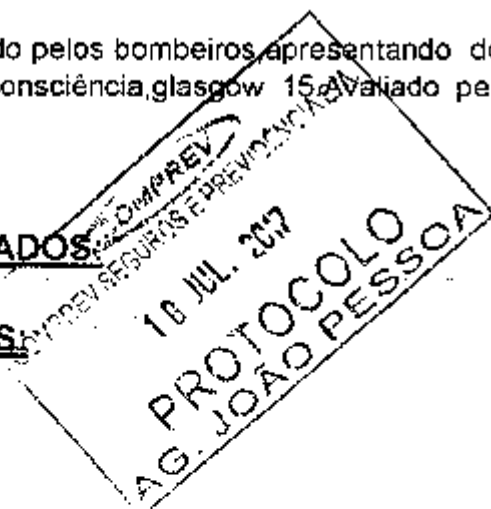
Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur esquerdo

ALTA HOSPITALAR: 12/04/17

DATA DA EMISSÃO: 29/06/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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





REGIONAL JOÃO PESSOA

SAMU
192

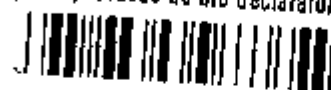
PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 706/059/DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1653321, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **SEBASTIÃO AGOSTINHO TAVARES** idade 38 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 02/04/2017, na R. João de Brito Lima Moura, Bairro: Mandacaru - João Pessoa - aproximadamente às 18:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 19 de Junho de 2017.

SAMU 192 JP
Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
CREIS Região: 10174

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
10 JUL. 2017
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SEBASTIÃO ALBERTINO TAVARES,

RG nº 4461611, data de expedição 15/02/2017,

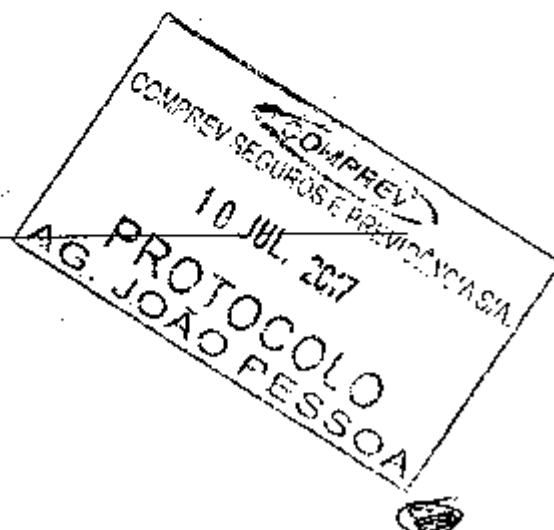
Órgão SSDS-PB, CPF nº 02735678408, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

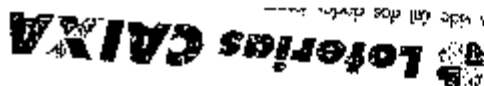
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA FREI JOAQUIM</u>
Número	<u>238</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>ESTADOS</u>
Cidade	<u>SAO PESSOA</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58028-100</u>
Telefone de contato	<u>83 98661 9863 - 83 98751 1208</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SAO PESSOA, 10/02/2017

Sebastião Albertino Tavares
Assinatura do Declarante.





DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

JUN 26 1977

58028- 100

JOAO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.54.230.0053	0	1	0	0	0	646113
Hidrômetro A99L501894	Data de Instalação 22/02/2000	Localização 5	Situação Água LIGADO		Situação Esgoto LIGADO	

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (DB)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
1743	1754	11	29	05/07/2017
HIST. DE CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID. DA	AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS	
DEZ/2016	13	0	PARANETROS	EXIG. ANALIS. CONFORMES
JAN/2017	12	0	COL.TOTAIS	294 291 291
FEV/2017	14	0	COL.TERMOT	0 0 0
MAR/2017	12	0	CLORO	294 291 291
ABR/2017	13	0	TURBIDEZ	294 291 290
MAI/2017	12	0	COR	77 113 113
MEDIA(M)	13		DADOS REFERENTES A: MAR/2017	

DATA DA LEITURA: 06/06/2017

HORA DA LEITURA: 10:19:35

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL CONSUM. ATÉ 10m ³	10	36,84	29,42	R\$66,31
DE 11m ³ A 20m ³	1	4,75	3,80	R\$8,55
TOTAIS		41,59	33,22	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$8,92 PIS E COFINS. LPI 12.741/12	
VENCIMENTO:	Total a Pagar:
19/06/2017	R\$74,86

V. 16.11 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA
CAEDNDICAO DO. FATURAMENTO: REAL
TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
NAO EXISTE(4) CONTA(S) ANTER.
EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
ARENCIA.PB.GOV.BR WWW.TRANSF

CAAPREV
CORPORATIVO SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
16 JUL 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



LEONARDO

CHEGOU SUA FATURA DA OI.

FATURA DE
MAR/2017VENCIMENTO
03/04/2017PAGAR (R\$)
60,51Emissão em 15/03/2017
Período de 13/02/2017 a 13/03/2017

Comprovante de residência



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CTC CORREIOS
LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA
R RUA DESEMBARGADOR BOTO DE MENEZES 359 CA D
JARDIM DAS ACACIAS
58020-670 - JOAO PESSOA - PB

RECEBA
ESTA CONTA
DO JEITO
MAIS
PRÁTICO.



MODELO PARA A CONTA ONLINE
E CASO SEJA NECESSÁRIO, O CLIENTE DEVE
LIGAR PARA O SACO OI (0800 010 010) OU
ACessar o site OI.COM.BR/MINHAOI

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA
CPF: 050.424.914-22
NÚMERO DO CLIENTE: 2425878452
NÚMERO DA FATURA: 766935355
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401065114229

PRECISA DE AJUDA?



WWW.OI.COM.BR/MINHAOI

Aqui você acessa e imprime suas faturas,
analisa seu consumo, consulta saldos
e gerencia seus Oi pontos.

ENTENDA SEU CONSUMO

Visualize sua fatura nos últimos meses

Mar 2017	60,51
Fev 2017	55,27
Jan 2017	46,80
Dez 2016	44,39
Nov 2016	47,70
Out 2016	46,17

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança da Multa de 2% + juros de 1% ao mês pro rateo. Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Suspensão Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas. Cancelamento e inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.

OMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
12 JUL 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ZADOS

TA 50

51,47

L (B3) 98751-1209

2,90

Internet Pra Celular

de Minutos

0,00

TOTAL DE MENSALIDADES

54,37

Além disso, você...

utilizou minutos a mais do plano em ligações locais

2,85

realizou chamadas de longa distância

3,29

SUBTOTAL

60,51

TOTAL DA SUA FATURA

60,51

CLIENTE

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

FATURA DE

MAR/2017

VENCIMENTO

03/04/2017

VALOR

60,51

DÉBITO AUTOMÁTICO

401065114229

OI MÓVEL S.A.

84600000000-6 60510113242-7 96794520766-0 93535500000-8

Of. Setor Comercial Móvel S.M. - Jss Kurts
Sede: OF CEP: 01010-900
CNPJ: 06.423.153/0001-11
Inscrição Estadual: 07-41.551.001/03
Inscrição Municipal:

15/03/2017 14:10:10



V01.39 - 14_1703_14F_0F_CTSPP0_14_062_201031072706_P000_0000_SAIDA_OAO - CLASSE: V - MODELO: E - REGISTRO: 3 - CATEGORIA: 2316



DECLARAÇÃO

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

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

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA, portador(a) do

RG nº 53827, SENIE 00026-93, expedido por CTPS - PB, em

30.10.2001, CPF/CNPJ nº 95042491422,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) SEBASTIÃO

ABOUSTINHO TAVARES do sinistro de DPVAT da natureza AVARIAS

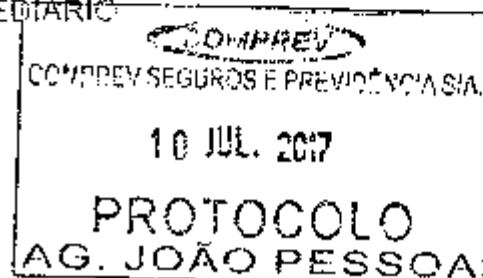
da vítima SEBASTIÃO ABOUSTINHO TAVARES, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: TÉCNICO ADMINISTRATIVO Renda Mensal: R\$ NECUNOVISU

Documentos comprobatórios: NECUNOVISU

Assinatura
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Boletim de Atendimento: 991372

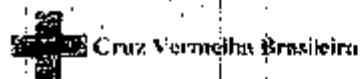


Documentação médica – hospitalar



Identificação do paciente					
ID 1156713	Nome SEBASTIAO AGOSTINHO TAVARES DA SILVA			Sexo Masculino	
Data de nascimento 26/12/1978	Idade 36 anos 4 meses		Estatuto civil	Religião	Prontuário 101299
Mãe MARIA JOSE TAVARES DA SILVA				Fal MIGUEL AGOSTINHO TAVARES	
Escolaridade				Responsável (Parentesco) IRMAO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987783729			DDD Fixo 83	Fone Fixo 985428269
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4461611			Nº Cns 701808205139674	
Local de procedência MANDACARU			Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade CARNAUBA			CBO/R	
Endereço					
CEP 59027000	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB		Logradouro PEDRO FORTUNATO ALVES	
Número SN	Complemento			Bairro MANDACARU	
Admissão					
Data e Hora: 02/04/2017 18:51:42	Número da pulseira 100006090394			Comênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clique			Origem do paciente HUA	
Classificação de risco				Detalhe do acidente VEICULO X MOTOCICLETA	
Caráter de atendimento	Motivo de atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA				
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou				
Sinais Vitais					
PA	X	minHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG [] Ultrassonografia []
Dados clínicos					
Diagnóstico					
Atendido por JANAINA KELLY SOUZA DA SILVA VIDAL					
Cm Tempo 01 min 09 seg					

COMPREV
CORPORACAO DE SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
10 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

VERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente SEBASTIAO AGOSTINHO TAVARES DA SILVA		BAE 991372	Data/Hora Entrada 02/04/2017 18:51:42	Data Saída
Data de nascimento 26/12/1978	Idade 38	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 87783729
Mãe MÁRIA JOSE TAVARES DA SILVA			Prontuário	
Endereço Pedro Fortunato Alves, SN		Bairro Mandacarú	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional HELTON VELOSO DE MOURA	Nº Cons. Regional 7113/
Data/Hora Classificação 02/04/2017 18:51:42			Data/Hora Prescrição 02/04/2017 19:29:13	

Anamnese

UMENTO DO 1º ATENDIMENTO. SOLICITO EXAMES

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FRATURA?)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FRATURA?)

Conduta

Em observação

DATA **02/04/19**
HORA **19:19**
NOME DO PACIENTE **Sebastião**
ASS: _____

HELTON VELOSO DE MOURA
(7113)

SEBASTIAO AGOSTINHO TAVARES DA SILVA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 1233

Boletim de Atendimento: 1

Identificação do paciente

ID	1156713			Nome	SEBASTIAO AGOSTINHO TAVARES DA SILVA		Sexo	Masculino	
Data de nascimento	26/12/1978			Idade	38 anos 3 meses 7 dias	Estado civil	Religião	Procurador	
Mãe	MARIA JOSÉ TAVARES DA SILVA					Pai	MIGUEL AGOSTINHO TAVARES		
Escolaridade						Responsável (Parentesco)	BETIANE TAVARES - IRMAO(A)		
DDD Móvel	B3	Fone Móvel	87783729			DDD Fixo	Fone Fixo		
Tipo documento	RG (IDENTIDADE)			Número documento	4481811			Nº Cns	
Local de procedência	MANDACARU					Tipo	BAIRRO	UF	PB
Etnia						Naturalidade	CARNÁIBA		
						CBO/R			

Endereço

CEP	55027000	Município de residência	JOAO PESSOA	UF	PB	Lógrradouro	Pedro Fortunato Alves
Número	SN	Complemento	Bairro Mandacaru				

Admissão

Data e Hora	02/04/2017 18:51:42	Número da pulseira	100006090394	Convênio	SUS
Especialidade	CIRURGIA GERAL		Clinica		
Classificação de risco				Origem do paciente	RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento			Detalhe do acidente	
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA			VEICULO X MOTO	

Indicadores e Transporte

Caso policial	Não	Plano de saúde	Não	Veio de ambulância	Não	Trauma	Não
Meio de transporte	SAMU			Quem transportou			

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos dist femur e loco (2 AHA) DE AS) de RA						
Diagnóstico						CD
Atendido por						Tempo
JANAIA KELLY SOUZA DA SILVA VIDAL						01min 08seg

Imprimir

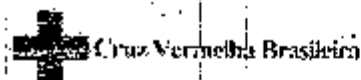


LEBDD05050334
SERVIÇO ADOSITIVO TAVARES DA S
DT. NASC.: 26/12/1979
NAB: MARIA JOSE TAVARES DA SILVA
END: Pedro Fortunato Rivas
N. 94 - Mandacari
JORG PESSOA
FONE: (1)
CELULAR: (41) 87791729
IDADE: 28
DT. ENTRADA:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTU

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	DATA:
PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Atendimento SAMU ☐ Polícia			
TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento ☐ Envenenamento ☐ Intoxicação ☐ Explosão ☐ Arma de fogo ☐ Armas brancas ☐ Outros:			
TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Estrangulamento ☐ Laceração ☐ Queimadura ☐ Mordedura ☐ Objeto encaixado ☐ Ferimento contuso ☐ Amputação membro ☐ Outros:			
LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:			
DADOS CLÍNICOS (sintomas):			
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /			
EXAME FÍSICO			
PA: / mmHg P: bpm SpO2: % Tax: /min			
Sistema Neurológico:			
Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado			
Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Tamanho: ☐ Midríase ☐ Miose			
Sistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas patentes ☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas ☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perifusão tissular satisfatória ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perifusão tissular comprometida ☐ Palidez ☐ Outros:			
Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial ☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal			
Sistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematuria ☐ Glicúria ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Causa:			
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias ☐ Interações ☐ Outros: Especificar:			
USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar:			
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:			
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não			
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: <i>Paciente vítima de queda de moto, com lesões em M.E. superior e cranio</i>			
<i>Jayra Joana V. Freire</i> Enfermeira COREN-PB 355.350			
DESTINO:		ENFERMEIRO:	COREM:
F(NG).ENF.022-1			



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

VERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente SEBASTIAO AGOSTINHO TAVARES DA SILVA		BAE 991372	Data/Hora Entrada 02/04/2017 18:51:42	Data Baixa
Data de nascimento 26/12/1978	Idade 38	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 87783729
Mãe MARIA JOSE TAVARES DA SILVA				Prontuário
Endereço Pedro Fortunato Alves, SN		Raio Mandacaru	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FERNANDO RAMALHO DINIZ	Nº Cons. Regional 2797/PB
Data/Hora Classificação 02/04/2017 18:51:42			Data/Hora Prescrição 02/04/2017 19:13:55	

Anamnese

ENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, REFERINDO DORES NO MIE COM SINAIS DE FRATURA E
MENTOS CORTANTES. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO. GLASGOW 15, ACORDADO, COMUNICANTE,
100, EUPNEICO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. TÓRAX/ABD: NDN

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 1,0 AMPOLA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 1,0 FRASCO/AMP

CID10

Código	Descrição
	Traumatismo não especificado

Conduta

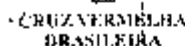
Em observação

FERNANDO RAMALHO DINIZ
(2797/PB)

SEBASTIAO AGOSTINHO TAVARES DA SILVA

Ante do seu
21. 1914 from cyano
- from from cyano

Dr. Antonio Gomes Pereira
Diretor de Ensino
Cidade de Lisboa



991372

SEBASTIÃO AGOSTINHO TAUAPEZ DA SILVA

F(NG).ENF.018.1

DATA	MORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
02/04/17		Ortopedia Paciente c/ tot. fechada do fêmur (E). ENV período dubio e opa. Monitorou de todo expectado que tudo corria b/ uterocomeu op. Intenso p/ dor de mto do Ho q/ d/ f/ u/ e/ o. Solto p/ op. Ed: GPU.
11/04/17	6:40h	#ANESTESIA. Pct, 38 anos, no 1º D.P.O. de tratamento cirúrgico por fratura de diafise de fêmur E. Evolui com dor pós operatório em local de cirurgia (UIE) com melhora após uso de medicações opioides (fremadol). Urga ceblez, náuseas ou vômitos. Relato diminuiu em UIE, c/ dificuldade de movimentação. Alimentação, diurese, evacuação preservada. Ed: Orientações gerais.
		Dr. Diego Anjos CRM-PS 10041 CRM-EP 20023



HOSPITAL
SANTO ESPÍRITO

Identificação de Caixas de Cirurgias

HEENH

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: Sebastião Agostinho de Silva
Enfermaria/Leito: _____

Cirurgia: Procurar braço transequerelito M.E.

Cirurgião: Dr. Heisenberg

Data: 02/04/17 Sala: 02

Circulante de Sala: Angela Costa 428.018

[Handwritten notes and stamps, including dates like 10/01/17 and 24/01/17, and a circular stamp.]



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

H.E.E.T.S.H

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Selo Astor Agostinho Tavares da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

991372

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/12/1978

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD. 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 - CDD. 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 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 placa longa DCP14 mm
para colar n° 30 r n° 31 r n° 36 r
n° 40 r

01 Agulha de Pique
a 50 (B. Gaur)

Justiça de Honra
Téc. de Radiologia em
COREN-PB 590.635

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

GOVERNANÇA
BRASIL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

el

RETNH

Nome: Sebastião Agostinho Fares de Jesus BE/Prontuário: 931372
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 10/10/17
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura diafrase de humero
 Cirurgião: Dr. Ricardo Cardoso 1º Assistente: Dr. Francisco Gomes
 2º Assistente: Dr. Robinson (MR2) 3º Assistente: Dr. Nolasco (MR1)
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Rapida e curta Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Diafrase de Fêmur (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de Fratura de Diafrase de Fêmur (E) com placa DCP de 14 furos, 20 parafusos corticais e 2 parafusos corticais intramedulares</u>	

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

Biópsia de Congelamento: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa

10/10/17

NOME DO PACIENTE:		BE:		PRONTERIO:		ENFERMARIA:		LEITO:	
Selvina Agostinho Javens da Silva		91312							
CIRURGO:		Frat. Diácono de F. emun		(B)					
CIRURÃO:		Ricardo		PAUX: Fomiso		PAUX: Matus R1			
ANESTESIA:		Ragui + Plac. de Plac.							
ANESTESISTA:		Dr. Heltoni + Acama R1							
INSTRUMENTAÇÃO:		Jorge de Bato							
DATA:		10/01/12		TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO:		PIM:		CIRURGIA INÍCIO: 8:00 PM 10:00	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)									
ASA I (ASA II) ASA III (ASA IV) ASA V									
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA									
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.			SUBSTÂNCIAS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.		
ALFENTÂNIA	1			JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°			
BUPIVACAÍNA ISOBÁZICA	1			JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°			
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO N°22		FIO DE AÇO N°			
CETAMINA				JELCO N°24		FIO DE AÇO N°			
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁCICA N°		FIO DE NYLON N°			
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°			
EVOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%		LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°	30 n		
PENTÂNIA		PVPÍ DÉGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°	0 n		
FLUMAZENIL		PVPÍ TINTURA	OX	LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°			
ISOFLURANO		PVPÍ TÓPICO	OX	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°			
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°			
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO N°			
LIDOCAÍNA C/VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0	n	FIO POLIPROPILENO N°			
LIDOCAÍNA S/VASO	1	AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL N°7,5	n	FIO POLIÉCAPRONE N°			
MIDAZOLAM	1	AGULHA 25X08	f	LUVA ESTÉRIL N°8,0	n	FIO SEDA N°			
MORFINA		AGULHA 40X12	n	LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIACA			
NINKRUM		AGULHA PERIDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.		
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC			
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18		RESPIRADOR DE SOBO		CIMENTO CIRÚRGICO			
PROPÓPOLIS		AGULHA RAQUI N°25G		SCALEP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA			
RAMIFENANTILA		AGULHA RAQUI N°26G	1	SCALEP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°			
RUCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°			
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	f	FIO STEPMAN N°			
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREpom		SERINGA 10ML	n	FIO STEPMAN N°			
TIOFENTAL		ATADURA GENSADA		SERINGA 30ML	f	GRAMPEADOR CIRÚRGICO			
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST. ABSORVÍVEL			
ATRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR			
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PROTESE VASCULAR			
APROFENA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT. PAN			
BI XTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO			
CETAZOLINA	f	CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA			
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14					
DIETRONA SÓLICA	f	CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS			
EFEEDINA	1	COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS			
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	a	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONGIOSO			
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONGIOSO			
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR			
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR			
LIDOCAÍNA/DELEIA		ELETRODOS	09	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA			
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	f	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA			
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		V. v. v.	f				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		v.		EQUIPAMENTOS			
PROTAMINA		ESPONJA DE							

CRM

MÉDICO

ASS

CRM

ORIGEM

ASS

Visita Pré Anestésica

PRONTUÁRIO: 991372

ASS

MÉDICO: **Juliana Vinagre**
Médica
CRM-PB 9431 CRM

Se o paciente apresentar "CONDIÇÃO FINAL" ou "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDIÇÃO FINAL:

DATA: / /

- ☐ Liberado para cirurgia
- ☐ Reavaliar na próxima consulta - motivo(s):
- ☐ Reavaliar em 30 dias - motivo(s):
- ☐ NÃO LIBERADO PARA CIRURGIA - motivo(s):

PROBLEMAS GRAVES

MPA droga/dose

MÉDICO:

CRM:

WING ASSC 03/05/11

DESCRICAO DA CIRURGIA	Posição e Preparo:	Incisão:	Achados:	Conduta:	Encaminhamento:	Observação:
	1) Antebraço e mão direita	2) Curar e curar direito	3) Amputação e amputação	4) Amputação de campo única		
	5) Tração em linha lateral de cura	6) Via de acesso sub costal lateral	7) Rimel grupo de peças de tecido	8) Rodrigo de Nova de tecido, após fratura		
	9) de Nova (independente) com 2 pontos de sutura	10) Fixação de fratura proximal e distal de humerus	11) com 3 pontos de sutura e 10 pontos de sutura	12) Lavagem extensiva com S.F. 0.9%		
				13) Fixação por placas e parafusos		
				14) Curar e		
				15) R de controle		

João Pessoa, 10/03/17

Médico/CRM:



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Sebastião A.T. Silva BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 02/05/17
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Troca de parafusos
Cirurgião: D. Henrique 1º Assistente: _____
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Raqui Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID-10
<u>troca de parafusos</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Troca de parafusos</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria

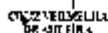
() Terapia Intensa

() Residência

() Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 02/05/17



100

REFERENCES

8



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 02/04/2017

PRONTUÁRIO: 991392

PACIENTE: <u>Silvestre Agostinho</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u></u>	IDADE: <u>38</u>		
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO			
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO <u>SP</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>SP</u>			
AP. DIGESTIVO <u>SP</u>		ESTADO MENTAL <u>Consciente</u>		DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO					ESTADO FÍSICO (ASA)
DOSE/HORA					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					
CIRURGIA REALIZADA <u>transcatheter transluminal</u>					
CIRURGIÃO <u>Dr. Reimberto</u>		AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA <u>21:50</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA <u>22:40</u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>20 min</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES RS	
ANESTESISTA <u>Dr. Diego Havel</u> CPF				CRM-PB	

AGENTE EM CENA

N 20

LUGAR DO
VENOSOSPULSO
CÓDIGOS
CIRURGIA
ANESTESIA X
PACIENTE CISTÓCULCACÓDIGOS
CIRURGIA
ANESTESIA X
PACIENTE CISTÓCULCACÓDIGOS
CIRURGIA
ANESTESIA X
PACIENTE CISTÓCULCACÓDIGOS
CIRURGIA
ANESTESIA X
PACIENTE CISTÓCULCACÓDIGOS
CIRURGIA
ANESTESIA X
PACIENTE CISTÓCULCACÓDIGOS
CIRURGIA
ANESTESIA X
PACIENTE CISTÓCULCACÓDIGOS
CIRURGIA
ANESTESIA X
PACIENTE CISTÓCULCACÓDIGOS
CIRURGIA
ANESTESIA X
PACIENTE CISTÓCULCACÓDIGOS
CIRURGIA
ANESTESIA X
PACIENTE CISTÓCULCACÓDIGOS
CIRURGIA
ANESTESIA X
PACIENTE CISTÓCULCACÓDIGOS
CIRURGIA
ANESTESIA X
PACIENTE CISTÓCULCACÓDIGOS
CIRURGIA
ANESTESIA X
PACIENTE CISTÓCULCACÓDIGOS
CIRURGIA
ANESTESIA X
PACIENTE CISTÓCULCACÓDIGOS
CIRURGIA
ANESTESIA X
PACIENTE CISTÓCULCACÓDIGOS
CIRURGIA
ANESTESIA X
PACIENTE CISTÓCULCACÓDIGOS
CIRURGIA
ANESTESIA X
PACIENTE CISTÓCULCACÓDIGOS
CIRURGIA
ANESTESIA X
PACIENTE CISTÓCULCACÓDIGOS
CIRURGIA
ANESTESIA X
PACIENTE CISTÓCULCA☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS

QUANTIDADE 200

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	bupivacaína 0,5% 10mg	11
2		12
3		13
4		14
5		15
6		16
7		17
8		18
9		19
10		20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Paciente com história de hipertensão arterial sistêmica, em tratamento com Losartana 50mg/dia e Clopidogrel 75mg/dia. Sem diabetes, doença cardíaca ou renal conhecida. Última consulta com cardiologista há 6 meses, sem alterações. Realizou exames de sangue e urina sem alterações. Não utiliza medicamentos crônicos. Não é fumante e não consome álcool.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Dr. Diego Havel

ANESTESIOLOGISTA

CRM/PB 7827

21.4.334



Posição e Preparo:

- 1) Treat all the patients
2) All patients are treated
3) All patients are treated
4) All patients are treated
5) All patients are treated
6) All patients are treated
7) All patients are treated
8) All patients are treated
9) All patients are treated
10) All patients are treated

consist of

ACHARD:

τεῖνοντες

ក្រុមហ៊ុនប្រតិបត្តិការ

095414280

rod on 22. road and

Medico/CRM:

140622 214557 Z 020000

bioassay, and

70 20



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA GENTRICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917

Sebastião Agostinho Tavares
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.461.611 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2017

NOME SEBASTIÃO AGOSTINHO TAVARES

FILIAÇÃO MIGUEL AGOSTINHO TAVARES
MARIA JOSÉ TAVARES DA SILVA

NATURALIDADE CARNAÍBA-PE DATA DE NASCIMENTO 26/12/1978

DOC ORIGEM
NASC. N. 3099 FLS. 272 LIV. A-31
CARTÓRIO CARNAÍBA-PE

CPF 027.756.784-08

Assinatura do Titular

10 JUL 2017

COVOPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 JUL. 2017

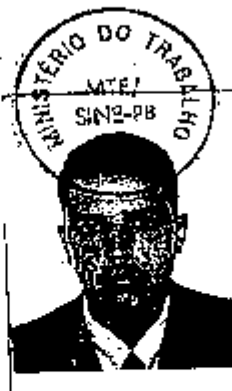
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



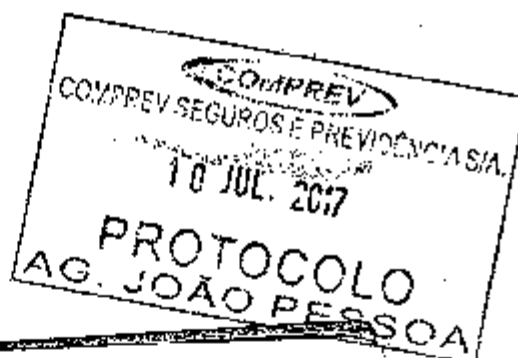
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO Documentos de identificação
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 59827 Série 00026-PB



Leonardo Luis da Silva Costa
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Leonardo Luis da Silva Costa*
Loc. Nasc. *Sobradinho* Est. *D.F.* Data *12/09/1984*
Filiação *Luiz Antonio Costa*
Maria da Fatima da Silva Costa
Doc. N° *R.I. n° 2834303 - SSP - PB*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. N°
Exp. em Estado
Obs.:
Data Emissão *30/08/2001* DRT *João Pessoa - PB*

Quinn
Assinatura do Funcionário *Felipe*
M. Balduino
Mat. 78.705-8



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 59827 Série 00026-PB



Leonardo Luís da Silva Costa
ASSINATURA DO PORTADOR

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA
20 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Leonardo Luís da Silva Costa
Loc. Nasc. Sobradinho Est. DF Data 12/09/1984
Filiação Luiz Antonio Costa e
Maria do Carmo da Silva Costa
Doc. Nº R.I. nº 2834303 - SSP - PB

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em 1/1/1991 Doc. Ident. Nº 123456789
Exp. em 1/1/2011 Estado 1
Obs. 1
Data Emissão 30/08/2001 DRT João Pessoa - PB

Quinn
Assinatura do Funcionário Ms. Valdenice F. Felipe
Mol. 21.5.705-2



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 050.424.914-22

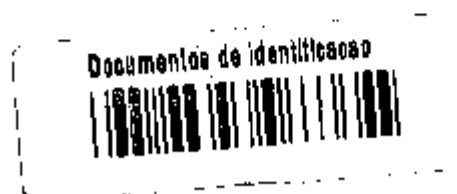
Nome: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

Data de Nascimento: 12/09/1984

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 03/10/2001

Digito Verificador: 00

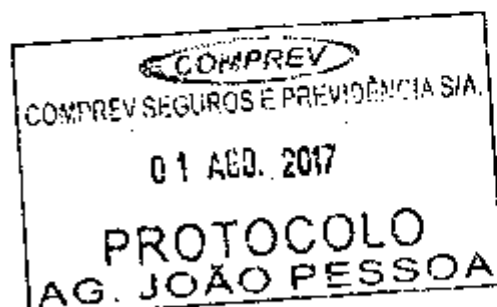


Comprovante emitido às: 10:05:57 do dia 01/08/2017 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 1685.EEB6.CEC1.CDFB



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013136491334

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 0054547955-0-1-00/00000000-2017

EXERCÍCIO: 2017

SEBASTIAO ACOSTINHO TAVARES

PLACA: 02775678408

PLACA ANTIGA: 02775678408

NOVO: PB

CHASSI: 9C2KD0540DR139540

ESPECIE TIPO: COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLE/NAO AFILIC

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB: 2013

ANO MOD: 2013

CAP/MOT/CIL: 2 P/149 /CI

CATEGORIA: PARTIC

COMPREDOMINANTE: PRETA

COTA UNICA: 00/00/0000

VENG/COTAS: 1º

IPVA PAGO EM: 00/00/0000

PARCELAMENTO/COTAS: 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$): 00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO: 22/02/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA - PB

41521

03/03/2017

7003781

DUT



PB Nº 013136491334 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: 03/03/2017

PLACA: 02775678408

PLACA: 02775678408

RENAVAM: 00545479550

MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS ESD

CHASSI: 9C2KD0540DR139540

ANO FAB: 2013

ANO MOD: 2013

PREMIO TARIFARIO

R\$ (R\$): 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$): 00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO: 22/02/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA - PB

41521

03/03/2017

7003781

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

7003781-1540453-20170303

9102-06K

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **SEBASTIAO AGOSTINHO TAVARES** Sinistro: **3170382344** Data: **02/04/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA FREI JOAQUIM, 299 - ESTADOS - João Pessoa - PB - CEP 58020-100**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PE**] **4461611**

Data local do exame: [**16/08/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura do fêmur esquerdo. paciente com dor, e caludicação de membro inferior esquerdo, apresenta aumento de volume da coxa, sem sinais flogísticos, mobilidade joelho esquerdo diminuída. Diminuição da força do membro inferior esquerdo.

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Paciente operado de fratura de fêmur esquerdo em 10/04/2017 (redução aberta e fixação interna com placa DCP larga de 14 furos+ parafusos 4,5). Evolui com estabilização e consolidação de fratura sic, apresenta dor residual e limitação de força de membro. Fez fisioterapia SIC parou por conta própria.

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

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

Claudicação de membro inferior esquerdo, aumento de volume coxa esquerda, diminuição de movimento no joelho esquerdo (flexão 0-100%), quadril livre e tornozelo livre, força de membro inferior esquerdo diminuída grau 4 (deambula com auxílio de muleta), sem dissertai aparente de membros inferiores.

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

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

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

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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170382344 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEBASTIAO AGOSTINHO TAVARES **Data do acidente:** 02/04/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo, submetido à tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170382344 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEBASTIAO AGOSTINHO TAVARES **Data do acidente:** 02/04/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do fêmur esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Claudicação de membro inferior esquerdo, aumento de volume coxa esquerda, diminuição de movimento no joelho esquerdo (flexão 0-100°), quadril livre e tornozelo livre, força de membro inferior esquerdo diminuída grau 4 (deambula com auxílio de muleta), sem dismetria aparente de membros inferiores.

Resultados terapêuticos: Paciente operado de fratura de fêmur esquerdo em 10/04/2017 (redução aberta e fixação interna com placa DCP larga de 14 furos+ parafusos 4,5). Evolui com estabilização e consolidação de fratura sic, apresenta dor residual e limitação de força de membro. Fez fisioterapia SIC parou por conta própria.

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

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/08/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do membro inferior devido à repercussão funcional do membro (deficit de força muscular do membro, aumento de volume da coxa e limitação moderada da flexão articular do joelho).
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

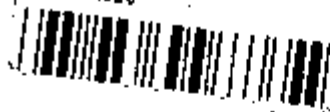
Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

Procuração



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

SEBASTIÃO AGOSTINHO TAVARES

brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUX. de SERVIÇO GERAIS, CI RG nº 4461611

CPF/MF nº 02775678408, residente e domiciliado(a) à Rua FRÉI SOAQUIM, 288, ESTADOS

Cidade de JOÃO PESSOA, Estado PARAÍBA, CEP: 58028-100, telefone 83 986619863, 83-987511208

OUTORGADO: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA, CPF sob o n.º 050.424.914-22 e RG sob o n.º 2834303, com endereço cito a rua Desembargador Boto de Menezes 359.ca D, Jardim das Acácias, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

10 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JOÃO PESSOA, 10 de JULHO de 20 17.

Sebastião Agostinho Tavares



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170382344 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEBASTIAO AGOSTINHO TAVARES **Data do acidente:** 02/04/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do fêmur esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Claudicação de membro inferior esquerdo, aumento de volume coxa esquerda, diminuição de movimento no joelho esquerdo (flexão 0-100°), quadril livre e tornozelo livre, força de membro inferior esquerdo diminuída grau 4 (deambula com auxílio de muleta), sem dismetria aparente de membros inferiores.

Resultados terapêuticos: Paciente operado de fratura de fêmur esquerdo em 10/04/2017 (redução aberta e fixação interna com placa DCP larga de 14 furos+ parafusos 4,5). Evolui com estabilização e consolidação de fratura sic, apresenta dor residual e limitação de força de membro. Fez fisioterapia SIC parou por conta própria.

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

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/08/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do membro inferior devido à repercussão funcional do membro (deficit de força muscular do membro, aumento de volume da coxa e limitação moderada da flexão articular do joelho).
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico: