

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180128884 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO JOSE DE SOUZA II **Data do acidente:** 16/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO
NEUROPRAXIA RADIAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180128884 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO JOSE DE SOUZA II **Data do acidente:** 16/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO
NEUROPRAXIA RADIAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOSE DE SOUZA II

Nº Sinistro: 3180128884

Vitima: JOAO JOSE DE SOUZA II

Data do Acidente: 16/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180128884**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12557377



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOSE DE SOUZA II

Nº Sinistro: 3180128884

Vitima: JOAO JOSE DE SOUZA II

Data do Acidente: 16/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180128884**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOSE DE SOUZA II
Nº Sinistro: 3180128884
Vitima: JOAO JOSE DE SOUZA II
Data do Acidente: 16/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180128884**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOSE DE SOUZA II

Nº Sinistro: 3180128884

Vitima: JOAO JOSE DE SOUZA II

Data do Acidente: 16/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180128884**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

094.393.364-12

João José de Souza Segundo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo João José de Souza Segundo		CPF titular da conta 094-393.364-12		Profissão Vendedor	
Endereço Rua José Lopes de Góes		Número 99		Complemento	
Bairro Ribeirão Preto	Cidade Sorocaba	Estado SP	CEP 13500-000		
Email			Telefone (DDD)		

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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA Nº 		D/V 		CONTA Nº 		D/V 	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA Nº 		D/V 		CONTA Nº 		D/V 	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

João José de Souza Segundo, 15 de Fevereiro de 2016

Local e Data

14 MAR 2016
AG. JO. SOUZA
SOUZA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CONFREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

14 MAR. 2016

PROTOCOLC

AG. JOAO PESSOA



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



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE MOTO

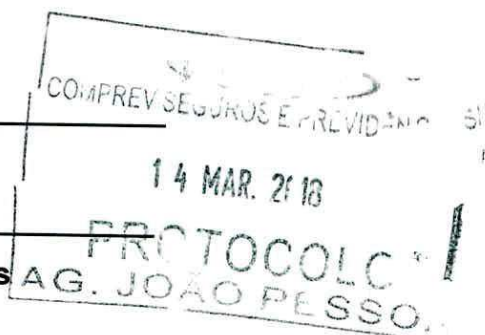
REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 374/2018

Aos VINTE E OITO dias do mês de FEVEREIRO do ano de dois mil e DEZESSETE, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil **Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 09h30min; compareceu ; **JOÃO JOSÉ DE SOUZA SEGUNDO**. Com 27 anos, nascido aos 21/06/90, brasileiro, solteiro, vendedor externo, natural de Alagoa Grande/PB, RG. 3.482.483 2 via- **SSP/PB**, filho de João José de Souza e de Maria Lucia de Andrade, residente na rua José Lopes de Gusmão-89- Bairro Renato Ribeiro-Sapé/PB. (Tel: 993494900) **O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 16/09/2017, aproximadamente umas 16;30m, no Sitio Talmatá- zona rural de Mari, o mesmo trafegava em um bagageiro de UMA MOTO DE MARCA HONDA/NXR150 BROS ES, ANO 2014, DE PLACA QFK3267/PB, CHASSÍ 9C2KD0550ER232034 de propriedade da Empresa NOVO RUMO MOTOR, E PEÇAS LTDA.QUE o condutor da Moto senhor MARCOS VINICIUS CHACON DE PAULO, RG:4220714-SSDS/PB, ao passar em um trecho de areia mais fina, se descontrolou com a Moto derrapando e ambos caiu ao solo; QUE o declarante fora socorrido por seu Supervisor da Empresa José Ricardo, para o Hospital desta Cidade e posteriormente encaminhado para o Hospital de Trauma na Capital. QUE sofrera lesões conforme Laudos nesta DP. Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.**

.DECLARANTE:

ESCRIVÃ POLICIA;

Cezarina Maria Araujo de Medeiros





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



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE MOTO

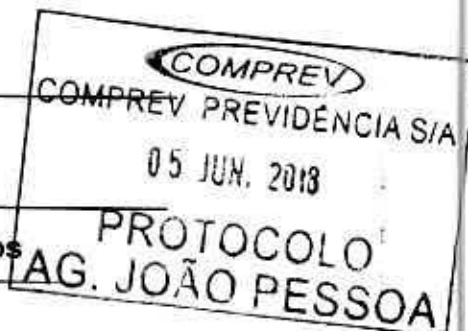
REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 374/2018

Aos VINTE E OITO dias do mês de FEVEREIRO do ano de dois mil e DEZOITO, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil **Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 09h30min; compareceu ; **JOÃO JOSÉ DE SOUZA SEGUNDO**, Com 27 anos, nascido aos 21/06/90, brasileiro, solteiro, vendedor externo, natural de Alagoa Grande/PB, RG. 3.482.483 2 via- **SSP/PB**, filho de João José de Souza e de Maria Lucia de Andrade, residente na rua José Lopes de Gusmão-89- Bairro Renato Ribeiro-Sapé/PB. (Tel: 993494900) O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 16/09/2017, aproximadamente umas 16;30m, no Sítio Talmatá- zona rural de Mari, o mesmo trafegava em um bagageiro de UMA MOTO DE MARCA HONDA/NXR150 BROS ES, ANO 2014, DE PLACA QFK3267/PB, CHASSÍ 9C2KD0550ER232034 de propriedade da Empresa NOVO RUMO MOTOR, E PEÇAS LTDA.QUE o condutor da Moto senhor MARCOS VINICIUS CHACON DE PAULO, RG:4220714-SSDS/PB, ao passar em um trecho de areia mais fina, se descontrolou com a Moto derrapando e ambos caiu ao solo; QUE o declarante fora socorrido por seu Supervisor da Empresa José Ricardo, para o Hospital desta Cidade e posteriormente encaminhado para o Hospital de Trauma na Capital. QUE sofrera lesões conforme Laudos nesta DP. Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

.DECLARANTE:

ESCRIVÃ POLICIA;

Cezarina Maria Araujo de Medeiros



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>João José de Souza Segundo</i>	CPF da Vítima <i>094.393.364-12</i>	Data do Acidente <i>16/09/2012</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

COPIA PARA O IML
14 MAR. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

Sapi 15 de Fevereiro de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO JOSE DE SOUZA II

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02159-8

CONTA: 000000021470-1

Nr. Autenticação

BRADESCO290820180500000000023702159000000021470236250 PAGO

Ato declaratório



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1027995



Identificação do paciente				
ID 1211027	Nome JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO			Sexo Masculino
Data de nascimento 21/06/1990	Idade 27 anos 2 meses 26 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA LUCIA DE ANDRADE OLIVEIRA			Pai JOAO JOSE DE SOUZA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) MARIA IVANEIDE DE ANDRADE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 91679850	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 704800554850648		
Local de procedência SAPE	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	Naturalidade	CBO/R		
Endereço				
CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro HUGO DE OLIVEIRA LINS	
Número 63	Complemento	Bairro RENATO RIBEIRO		
Admissão				
Data e Hora 16/09/2017 20:33:33	Número da pulseira 1000005988210	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos Paciente vítima de queda de moto, segs H&S, DM				
Diagnóstico				CID
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA				Tempo 33seg

Imprimir

COMPREV SEGUNDO E PREVID

14 MAR. 2018

PROTOCOLC
AG. JOAO PESSC

MARIA LUCIA DE ANDRADE OLIVEIRA
RUA JOSE LOPES DE GUSMAO, 59 - RENATO RIBEIRO
SAPE / PB CEP: 58340000 (AG: 51)

Emissão: 28/09/2017 Referência: Set / 2017

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL M - NOFAS/CO Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-099
Roteiro: 17 - 51 - 170 - 3820 Nº medidor: 00000748172

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.153/0001-40 - Insc. Est. 16.015.8234

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001 314 196
Cód. para Deb. Automático: 00006930151

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2017	28/09/2017	30/10/2017	60175834415 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/593015-1

Canal de contato

Após acessar www.energisa.com.br você resolve tudo o que precisa com agilidade e facilidade. São vários serviços disponíveis, como segunda via da conta, mudança de titularidade, religação, consulta a débitos, entre outros.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/09/17	33036	29/09/17	33119	1	83	30
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Calc. Alq.	Base Calc. Pot.	Cofine
			Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$) ICMS	Pot./Cofine (R\$)	(0,4532%) C (100%)
0601	Consumo em kWh	83,000	0,682950	56,87 56,87 25	14,16 56,87	0,26 1,20
0801	Adc. B. Vermelha			0,20 0,20 25	0,05 0,20	0,00 0,00
0801	Adc. B. Amarela			2,15 2,15 25	0,54 2,15	0,01 0,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0907	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			8,16 0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0904	JUROS DE MORA 09/2017			0,35 0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0905	MULTA 09/2017			1,48 0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00

CONFREVS E PREVIDENC

14 MAR. 2018

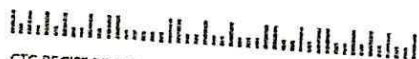
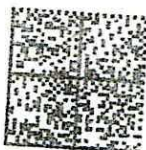
PROTOCOLO

AG. JO. CO. SSO. N

Claro S/A
Rua Henri Dunant, 780, Santo Amaro
CEP 04709-110 - São Paulo - SP
CNPJ - 40.432.544/0001-47

Fatura de Serviços Prestados - Detalhamento

Pág. 0001/0002



CTC RECIFE PE PL6
MARCELO LUCENA ADVOGADOS
R PROFESSOR OSWALDO DE MIRANDA PEREIRA 860
AN 1 SL 204
JOAO AGRIPIPO
58034-128 JOAO PESSOA PB

01503993



POSTAGEM: 13/11/2017 VENCIMENTO: 24/11/2017

7216210573412420000006291230131117

Fatura Digital Faz um 21, mais praticidade e agilidade para você. Tenha acesso a sua conta do 21 de forma rápida e segura, sempre que quiser. Acesse fazum21.com.br/contaporemil e realize seu cadastro.

Visite nosso site www.fazum21.com.br, e acesse o detalhamento da sua fatura.

Mensagem Importante:
~~Reajustes nos valores das franquias e/ou tarifas que~~
passaram a vigorar no mês:
Pacote Dial 21 Basico DDD
Sobre o valor das tarifas: aumento de até 13,98%

CÓDIGO DA CONTA 198388919

SUA CONTA VENCE EM
24/11/2017

VALOR DA CONTA
R\$ 24,84

Seu Telefone: 83 30245995
mês de referência: (Classe: E)
data de emissão: Novembro/2017
nº da fatura: 12/11/2017
nº da nota fiscal: 0250104443326
cód. para débito automático: 000000821
198388919-5

① Você está em dia com a Embratel. Obrigado.

Resumo da sua Conta

Total dos Serviços (com descontos)

Total da Conta:

RS 24,84
RS 24,84

Resumo por telefone/cartão faturado

TEL FATURADO
8330245995
8330245995
SERVICO
DDD - Plano Basico
Total
Total do Resumo

CONFREVELE
14 MAR 2018
CHAMADA
DURAÇÃO
00:39:52
00:39:52
00:39:52
VALOR
24,84
24,84
24,84

DDD - Plano Basico

TEL. FATURADO

DESTINO/ÁREA LOCAL
Fixo / Fixo

TEL. DESTINO

DATA

HORA

DURAÇÃO TARIFA

VALOR

83 30245995	PILAR	83 32821019	11/10/2017	11:04:17	00:02:54	D2 Diferenciada	1,70
83 30245995	PILAR	83 32821019	17/10/2017	11:04:29	00:06:18	D2 Diferenciada	3,71
83 30245995	PILAR	83 32821019	20/10/2017	11:26:16	00:01:02	D2 Diferenciada	0,64
83 30245995	PILAR	83 32821019	31/10/2017	09:47:29	00:00:46	D2 Diferenciada	0,46
83 30245995	ITABAIANA	83 32812121	01/11/2017	10:09:33	00:00:39	D2 Diferenciada	0,40
83 30245995	ITABAIANA	83 33010050	01/11/2017	10:12:43	00:07:25	D2 Diferenciada	4,42
83 30245995	SÃO PAULO	11 42003003	04/11/2017	12:05:58	00:12:22	D4 Normal	7,44
83 30245995	SÃO PAULO	11 42003003	04/11/2017	12:19:04	00:00:52	D4 Normal	0,51
83 30245995	ITABAIANA	83 33010050	07/11/2017	09:44:20	00:00:20	D2 Diferenciada	0,28
83 30245995	ITABAIANA	83 33010050	07/11/2017	09:50:30	00:01:22	D2 Diferenciada	0,80

Pagável na rede bancária, correios e agentes lotéricos.
Para sua maior comodidade solicite o débito automático.

Autenticação Técnica - solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura.

Embratel

CÓDIGO DA CONTA
198388919

NÚMERO DA FATURA
0250104443326

DATA DE VENCIMENTO
24/11/2017

VALOR DA CONTA
R\$ 24,84

846200000004 248400060021 501044433263 201711240006



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcos Antonio R. de Lucena inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.705.364 / 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João José de Souza Segundo inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.393.364 / 12, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima João José de Souza Segundo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.393.364 / 12, 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>R. Prof. Oswaldo de M. Rende Perene</u>		Número <u>160</u>	Complemento <u>Salto 204</u>
Bairro <u>João Aguiar</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58034-128</u>
Email <u>marcelo.lucena.cde@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(83) 999336083</u>		Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 13 de março de 2014
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

COM REV. SEGUR. E PREVID. AG.
14 MAR. 2016
PROTOCOLADO
AG. JO. AG. AG. AG. AG.



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE João José de Souza Segundo

DATA DE NASCIMENTO 21/06/90

NOME DA MÃE Maria Lucia de Andrade

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 104304

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1027995

DATA DO ATENDIMENTO 16/09/17

HORA DO ATENDIMENTO 20:33

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de úmero esquerdo

CID 10 S42.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dores em membro superior esquerdo, nega perda da consciência ou vômitos. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX braço e cotovelo E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

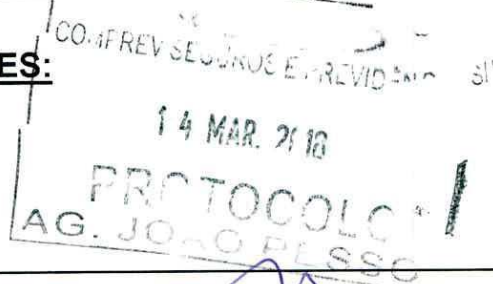
RX: fratura de úmero esquerdo

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de úmero esquerdo

ALTA HOSPITALAR: 23/09/17

DATA DA EMISSÃO: 06/02/18



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO	BAE 1027995	Data/Hora Entrada 16/09/2017 20:33:33	Data Baixa
Data de nascimento 21/06/1990	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 704800554850648
Mãe MARIA LUCIA DE ANDRADE OLIVEIRA			Telefone de Contato (83) 91679850
Endereço HUGO DE OLIVEIRA LINS, 63	Bairro RENATO RIBEIRO	Município SAPE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE VICTOR LOPES FERREIRA CUNHA	Nº Cons. Regional 11045/PB
Data/Hora Classificação 16/09/2017 20:33:33		Data/Hora Prescrição 16/09/2017 20:47:38	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, REFERINDO DORES FORTE EM MSE. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS. AO EXAME: DOR FORTE A MOBILIZAÇÃO DE MSE CD: SOLICITO RX DE MSE CETOPROFENO E DIPIRONA ALTA DA GERAL

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: EM 100ML DE SF0,9%)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: COM AD)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO
RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro

COM REV SEUS RUC E REVIDADO SI

14 MAR. 2018

Conduta

Em observação

PROTOCOLC
AG. JO. O. P. S. S.

JOSE VICTOR LOPES FERREIRA CUNHA
(11045/PB)

JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO

Victor L. A. Cunha
Médico Residente Cirurgia Geral
CRM - PB 11045



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

Elén
(Hospital de
Trauma)

18:15 PM

Nome do Paciente: João José de Souza Data: 16/09/13
End.: _____
Bairro: _____ Cidade: SAPÉ
Unidade de origem: _____

Motivo de Encaminhamento

ENCAMINHADO PARA: C/DO
C/DO EVOLUTIVO ACERCA-SE, ADM-
NISTRATIVO BOA EM CONDIÇÃO
POR FOR INTERIO EM REGIMES IN-
TERESPRE, POR TRAUMA COSTAS
1971: FRATURA HUMERUS

Medicamento Administrado

DA: 130/90 UNMS EL: 903PM. SAT: 105%

Referenciado para: 17010. Encaminhado e Trau-
ma

Contra referência

Motivo: Atividade e Computa Traumatol-

Contra referência para: _____

14 MAR. 2013
PROTOCOLADO
15/09/13
S. de 500ml e
900ml de soro e
Dr. Marcelo S. de Carvalho
CRM: 8597 PB



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE1SHL

Nome: João José de S. Siqueira BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 22/09/17
Clínica/Setor: ORL EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. José Rodrigues 1º Assistente: Dr. Frederico
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fx nervo auricular E</u>	
<u>+</u>	
<u>Neuromodip Radical</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Osteomite</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: _____

Dr. Matheus Mozart
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9456

João Pessoa, 22/09/17

INTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO

Em: 18/09/2017 07:18:40

Paciente	JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO		Bol. de Atendimento	1027995	Data/Hora Saída
Data de nascimento	21/06/1990	Idade	27	Sexo	Masculino
Tempo de Internação	1d 8h 49 min	Convênio	SUS	Prontuário	104304
				Plantão	DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO) 18/09/2017 07:18:42

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM FRATURA DIÁFISE ÚMERO E.; EVOLUINDO BEM.
CD: AGUARDA EXAMES.

Localização: AREA LARANJEIRA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 14
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518

CONFREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
14 MAR. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOAO PLESSO.

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:Impresso por: FRANCISCO
KARTNEY SARMENTO
PEDROSA
Em: 17/09/2017 09:35:41

Paciente JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO	Boletim de Atendimento 1027995	Data/Hora Entrada 16/09/2017 20:33:33	Data/Hora Saída
Data de nascimento 21/06/1990	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 704800554850648
Tempo de Internação 11h 6min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 104304

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA - 17/09/2017 09:35:35)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM FRATURA DIÁFISE ÚMERO E.; EVOLUINDO ESTÁVEL;
CD: AGUARDA EXAMES.

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 14

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA

Número Conselho: 5804


Dr. Kartney Sarmento
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 5804

CONFREVS E PREVIDENCIO 31

14 MAR 2016

PROTOCOLC

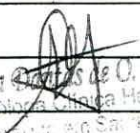
AG. JOAO PLESSO



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

Joos Jose

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
20/09/17	14:17	Psicólogo Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, humar sem alterações. Realizado apoio psicológico.  Luana Mendes de O. Mendes Fisioterapeuta Hospitalar Especialista em Saúde Mental CRP 123456
23/09/17	17:21	Humor + Interferência de 2/2 ref + Ata hospitalar Dr. Nilvan da Silva Linhares CRM: 5044-033/00.005044-4 Ortopedia e Traumatologia
		COPIA REVOLUÇÃO PREVIDÊNCIA 31 14 MAR 2018 PROTOCOLADO AGUIAR 11.05.18



RÉGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES-PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

HEETS HL

Número: 00
 Paciente: JONAS DE SOUZA SEGUNDO
 Procedimento: TRANSPLANTE DE UMBILICO
 Prontuário: 2047993
 Data: 22/09/17
 Recposição:

Data: _____/_____/_____

Paciente: JOSÉ DE JAZZA SENE Data: 22/09/17
Procedimento: TRAT. CLINIC. ELAT. DIAF. DE UM BRONC Reposição:

Procedimento: TRAF. CIVIL DIA F 5 E DE UM BRAS Reposição:

Caixa Pronta: _____

SUS: (~~1~~) Não SUS ()

N. nico: Dr. Jose Rodaligues + Dr. Frederico

DISPENSACÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	CX. 4,5 GLAXO G F PROST. COAGULAL Nº 26 11 11 23	25 005 00		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
B. BRAUN	BLOQ. PLEXO 100 mm	02		

Dr. Ana Valéria C. da Silva
DAGOBEN-PR 476.693

~~Mercia Chaves A. Oliveira
Ass. Técnica - Gerenciadora
COOPEN-PR 19/11/35~~

ASSINATURA DELL'AMMINISTRATORE DELEGATO - CRM

ASSINATURA INTERMAGEM - COREN

TECNOLOGIA S.A. - RUA CARLOS DE CARVALHO, 135 - JARDIM BELLA VISTA - SÃO PAULO - SP - 05409-000 - FONE: (011) 3061-1300 - FAX: (011) 3061-1301 - E-MAIL: tecnologia@tecnologia.com.br - WWW: www.tecnologia.com.br - CATEGORIA: 13 - TIPO: RESPONSÁVEL

E(NG).APC.013-2

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: **JOÃO JOSÉ DE SOUZA SEGUNDO**
 IDADE: **27** SEXO: **M** PROFISSIONÁRIO: **TRANSICION**
 CIRURGEÃO: **DR. JOSÉ RODRIGUES** 1ª AUX.: **DR. FREDERICO**
 ANESTESIA: **BLQ. PLEXO**
 ANESTESISTA: **DR. CAMILA**
 INSTRUMENTADOR: **11:30h FIM 12:45h**
 DATA: **22/09/17** TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: FIM: CIRURGIA: INÍCIO: FIM:

ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)

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

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

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA	1	JELCO Nº18	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETANINA	5F 0,9%	JELCO Nº24	1	FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	1
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15	1	FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	1
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4.5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	OK	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	OK	FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	OK	FITA CARDÍACA	
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML	OK	FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	OK	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	OK	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	OK	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA	CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT/PAM	
BEXTRA	CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	14 MAR 21/18	EMPRESA	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS	106
DIPIRONA SÓDICA	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS MATEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MATEOLAR	
HIIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	01 entrada 64mm
LIDOCAÍNA GELÉIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILCCNE (LATEX)	1		
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE			EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS			() ASPIRADOR	
PROTAMINA	ESPONJA DE PVPI	FIOS		() BISTURI ELÉTRICO	
TENOXICAN	ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO S/A Nº		() CAPNÓGRAFO	
	GAZES	FIO ALGODÃO S/A Nº		() CÁRDIOMONITOR	
CLONIDINA	GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A Nº		() DESFIBRILADOR	
	GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A Nº		() FOCO AUXILIAR	
	JELCO Nº14			() FOCO CENTRAL	
	JELCO Nº16			() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

B. BRAUN - AGULHA BLQ. PLEXO 100mm - 02

Meridj Chaves A. Oliveira
 Técnico em Radiologia
 COREN-PB 341.375

FICHA DE ANESTESIA



DATA: 22/03/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: João José de Sousa Siqueira	SEXO: M	COR: B2	IDADE: 27a
PRESSÃO ARTERIAL: 120/80	PULSO: 120b	RESPIRAÇÃO: 20mp	TEMPERATURA: 37,5
PESO: 115kg	GRUPO SANGÜÍNEO: A	ESTADO GERAL: () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO: () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES: N/A			
AP. RESPIRATÓRIO: nch		AP. CIRCULATÓRIO	
AP. DIGESTIVO: jeju		ESTADO MENTAL: c/s/omf	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA: N/A		DROGAS EM USO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de úmero esp. com lesão de raio			
CIRURGIA REALIZADA: Trat. cirúrgico c/ fixação			
CIRURGIÃO: Dr. Roberto		AUXILIARES: Frederico	
INÍCIO DA ANESTESIA: 10:30h		TÉRMINO DA ANESTESIA: 12:45	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2h 15m	
ANESTESISTA: Camila Nobre		VALORES RS	
CPF		CRM-PB: 5472	

AGENTES	10:30h	11:30h	12:30h	
O ₂				
N ₂ O				
LIQUIDOS VENOSOS	RL	RL	RL	
PULSO	98	98	98	
DIÁSTOLICA	60	60	60	
CÓDIGOS CIRURGIA				
ANESTESIA				
ANOTAÇÕES	Protocolo de Anestesia e Monitorização Aplicação de cateteres - K Monitorização de sinais vitais Pepe paracetamol e morfina Insulina para a MSD BBB 48 Rivotril + 12 Interferon alfa 3/1 intercorrimento Justa exp. sob cateteres - 0,0 Guia 206 MSD			

☐ ANESTESIA GERAL	☐ RAQUIDIANA	☐ EPIDURAL	☐ BLOQ. PLEXO	☐ BLOQ. NERVOS	☐ OUTROS
TÉCNICA: (resposta) motor e insensibilidade no membro de 24h					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
LIQUIDOS	Volume em ml				
GLICOSE	1	Fente 250ml	11		
NaCl	2	Dormonal 2,5g	12		
SANGUE	3	Cefazolin 2,0g	13		
RINGER	4	Midazolam 10mg	14		
TOTAL	5	Morfina 10mg	15		
DESTINO DO PACIENTE	6	Depotim 1mg	16		
☐ APT	7	Cefazolin 2,5g	17		
☐ ENFERMARIA	8	Clonidina 150mg	18		
☐ UTI	9	Nauseidon 5mg	19		
☐ OUTROS: SRPA	10	Diprione 20g	20		
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: S/ queixas por anest. local a SAP. P. 2-220x10mm					
PC=1025h - SP=991					
ASSINATURA DO ANESTESISTA:					
F.(NG).ASCIR.026-1					

20/09/17 : DATA

-1027995 PRON

PROM

NOME DO PACIENTE: José José de Souza Segundo		Profissão:																																																																																																																																																																												
Idade: 27 anos		Sexo: Masculino																																																																																																																																																																												
Patologia principal: Tratamento de cirurgia de útero		Anestesia proposta: raquianestesia																																																																																																																																																																												
Cirurgia: Proctológico de																																																																																																																																																																														
diagnóstico de diagnóstico de câncer																																																																																																																																																																														
<table border="1"> <tr> <td>Dor no peito, angina?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>infarto?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Pressão alta?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Sopro, febre reumática?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Arritmia, taquicardia?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>aos esforços:</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Edema de MMII:</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Dispneia de decúbito:</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>aos esforços:</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Asma/bronquite:</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Tosse/catarro? (cor:</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Fumante há</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Desmaio, tonturas?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Convulsões, alucinações, tremores?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Fraqueza muscular, miopatia?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Dor nas juntas, artrite, colagenose?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Problema de coluna?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Etilista social?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Alcoolista: há</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		Dor no peito, angina?	☐	☐	infarto?	☐	☐	Pressão alta?	☐	☐	Sopro, febre reumática?	☐	☐	Arritmia, taquicardia?	☐	☐	aos esforços:	☐	☐	Edema de MMII:	☐	☐	Dispneia de decúbito:	☐	☐	aos esforços:	☐	☐	Asma/bronquite:	☐	☐	Tosse/catarro? (cor:	☐	☐	Fumante há	☐	☐	Desmaio, tonturas?	☐	☐	Convulsões, alucinações, tremores?	☐	☐	Fraqueza muscular, miopatia?	☐	☐	Dor nas juntas, artrite, colagenose?	☐	☐	Problema de coluna?	☐	☐	Etilista social?	☐	☐	Alcoolista: há	☐	☐	<table border="1"> <tr> <td>Diabetes?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Doença da tireóide?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Mudança no hábito miccional?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Modificação no apetite?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Queimadura, azia, H. de hiato, dor?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Náuseas, vômitos? (cor:</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Mudança no hábito intestinal?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Alteração na cor das fezes?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Perda de peso s/dieta?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Hepatite, icterícia, malária, Chagas?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Anemia?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Sangramento? (onde?)</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Hematomas/manchas roxas?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Gripe, febre, recente?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Está ou pode estar grávida? (DUM: /)</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Tem problema de surdez, visão?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Teve febre alta quando foi operado?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Recebeu Transf. sangue? Há</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Accepta transf. sangue numa emergência?</td> <td>☒</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Diabetes?	☐	☐	Doença da tireóide?	☐	☐	Mudança no hábito miccional?	☐	☐	Modificação no apetite?	☐	☐	Queimadura, azia, H. de hiato, dor?	☐	☐	Náuseas, vômitos? (cor:	☐	☐	Mudança no hábito intestinal?	☐	☐	Alteração na cor das fezes?	☐	☐	Perda de peso s/dieta?	☐	☐	Hepatite, icterícia, malária, Chagas?	☐	☐	Anemia?	☐	☐	Sangramento? (onde?)	☐	☐	Hematomas/manchas roxas?	☐	☐	Gripe, febre, recente?	☐	☐	Está ou pode estar grávida? (DUM: /)	☐	☐	Tem problema de surdez, visão?	☐	☐	Teve febre alta quando foi operado?	☐	☐	Recebeu Transf. sangue? Há	☐	☐	Accepta transf. sangue numa emergência?	☒	☐	<table border="1"> <tr> <td>Alergia a drogas?</td> <td>☐</td> <td>☒</td> </tr> <tr> <td>Quadro clínico?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Tratamento?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Alergia a pó, lá, odores, alimentos?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Quadro clínico?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Tratamento?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Alergia a derivado de borracha?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Quadro clínico?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Tratamento?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>PARA CRIANÇAS (0 14 anos)</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>A criança é prematura?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>A criança tem de desenvolvimento?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>A criança está gripada, c/tosse, febre?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>A criança tem outra doença?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>ANTECEDENTES FAMILIARES DE:</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐ diabetes ☐ doença qvase. ☐ miop</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐ Febre alta durante a anestesia?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐ Problema durante a anestesia?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Qual?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Alergia a drogas?	☐	☒	Quadro clínico?	☐	☐	Tratamento?	☐	☐	Alergia a pó, lá, odores, alimentos?	☐	☐	Quadro clínico?	☐	☐	Tratamento?	☐	☐	Alergia a derivado de borracha?	☐	☐	Quadro clínico?	☐	☐	Tratamento?	☐	☐	PARA CRIANÇAS (0 14 anos)	☐	☐	A criança é prematura?	☐	☐	A criança tem de desenvolvimento?	☐	☐	A criança está gripada, c/tosse, febre?	☐	☐	A criança tem outra doença?	☐	☐	ANTECEDENTES FAMILIARES DE:	☐	☐	☐ diabetes ☐ doença qvase. ☐ miop	☐	☐	☐ Febre alta durante a anestesia?	☐	☐	☐ Problema durante a anestesia?	☐	☐	Qual?	☐	☐
Dor no peito, angina?	☐	☐																																																																																																																																																																												
infarto?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Pressão alta?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Sopro, febre reumática?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Arritmia, taquicardia?	☐	☐																																																																																																																																																																												
aos esforços:	☐	☐																																																																																																																																																																												
Edema de MMII:	☐	☐																																																																																																																																																																												
Dispneia de decúbito:	☐	☐																																																																																																																																																																												
aos esforços:	☐	☐																																																																																																																																																																												
Asma/bronquite:	☐	☐																																																																																																																																																																												
Tosse/catarro? (cor:	☐	☐																																																																																																																																																																												
Fumante há	☐	☐																																																																																																																																																																												
Desmaio, tonturas?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Convulsões, alucinações, tremores?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Fraqueza muscular, miopatia?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Dor nas juntas, artrite, colagenose?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Problema de coluna?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Etilista social?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Alcoolista: há	☐	☐																																																																																																																																																																												
Diabetes?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Doença da tireóide?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Mudança no hábito miccional?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Modificação no apetite?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Queimadura, azia, H. de hiato, dor?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Náuseas, vômitos? (cor:	☐	☐																																																																																																																																																																												
Mudança no hábito intestinal?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Alteração na cor das fezes?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Perda de peso s/dieta?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Hepatite, icterícia, malária, Chagas?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Anemia?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Sangramento? (onde?)	☐	☐																																																																																																																																																																												
Hematomas/manchas roxas?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Gripe, febre, recente?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Está ou pode estar grávida? (DUM: /)	☐	☐																																																																																																																																																																												
Tem problema de surdez, visão?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Teve febre alta quando foi operado?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Recebeu Transf. sangue? Há	☐	☐																																																																																																																																																																												
Accepta transf. sangue numa emergência?	☒	☐																																																																																																																																																																												
Alergia a drogas?	☐	☒																																																																																																																																																																												
Quadro clínico?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Tratamento?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Alergia a pó, lá, odores, alimentos?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Quadro clínico?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Tratamento?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Alergia a derivado de borracha?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Quadro clínico?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Tratamento?	☐	☐																																																																																																																																																																												
PARA CRIANÇAS (0 14 anos)	☐	☐																																																																																																																																																																												
A criança é prematura?	☐	☐																																																																																																																																																																												
A criança tem de desenvolvimento?	☐	☐																																																																																																																																																																												
A criança está gripada, c/tosse, febre?	☐	☐																																																																																																																																																																												
A criança tem outra doença?	☐	☐																																																																																																																																																																												
ANTECEDENTES FAMILIARES DE:	☐	☐																																																																																																																																																																												
☐ diabetes ☐ doença qvase. ☐ miop	☐	☐																																																																																																																																																																												
☐ Febre alta durante a anestesia?	☐	☐																																																																																																																																																																												
☐ Problema durante a anestesia?	☐	☐																																																																																																																																																																												
Qual?	☐	☐																																																																																																																																																																												

Dados importantes da Anamnese e/ou EF	Cirurgias / Antecedentes Prévia(s) / Complicações	Medicamentos (Dieta)
Osteíte	(+) Cirurgia Dentária	(+) Enxerto

EXAME FÍSICO

Peso: 100 kg Altura: 1.70 PA: P: Hipertensão/destaço

Coração/desap. sup./fco/dispn./taquip. cianótico/scintótico, interior/anistótico

Ausculat

Dentadura/prótese (inf/sup) (móvel/fixa)

Dentes

Abertura da boca. Normal/

Percepção tátil/cutâ

Flexão/pronção do pescoço

Alinhada

Arteriais 1 2 3 4 distância externo/mento < 12.5 cm > 12.5

Anotar de preferência exames com < 01 ano

Exames Subidiários DATA: 16/09/19

Ht= 13,2 Ht= 42,0 Glic.= 79 Cr.= Ur.=

Na= K= TC= TS=

Pla.= 191.000

Congul. ☐ Normal ☐ Alterada TT= TP= 16A TTPA= 23,5

RX tórax (/ /) =

ECG (/ /) =

Avaliação clínica

RETORNOS [] NÃO [] SIM Motivos: [] Exames complementares [] Encaminhado p/Clinica. Qual:
(VIDE VERSO)

Se o paciente tiver Retorno(s) apresentar "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUTA FINAL:	☐ Liberado para cirurgia ☐ Reavaliar na internação motivo(s): ☐ Reavaliar na SO: motivo(s): ☐ NÃO LIBERADO P/CIRURGIA motivo(s):
DATA: ____/____/____	
PROBLEMAS GRAVES	

MÉDICO:

CRM



Estado da Paraíba
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

NOME: João Tex de S. Segundo

Declaro para os devidos fins que o paciente citado realizou tratamento fisioterapêutico no NASF Vicente Edmundo Rocco no período de 25 de Outubro de 2017 a 21 de março de 2018, totalizando 26 sessões. Paciente chegou com sequelas de fratura de úmero (542.3) e neuroplexia radial (544.2). O punho esquerdo se encontrava caído em flexão, sem força de flexores e extensores de punho. Também sentia dormência no primeiro e segundo dedos e antebraço esquerdo. Paciente evoluiu para força normal do antebraço esquerdo, apto a voltar as suas atividades laborais. Desse foi agradecido.

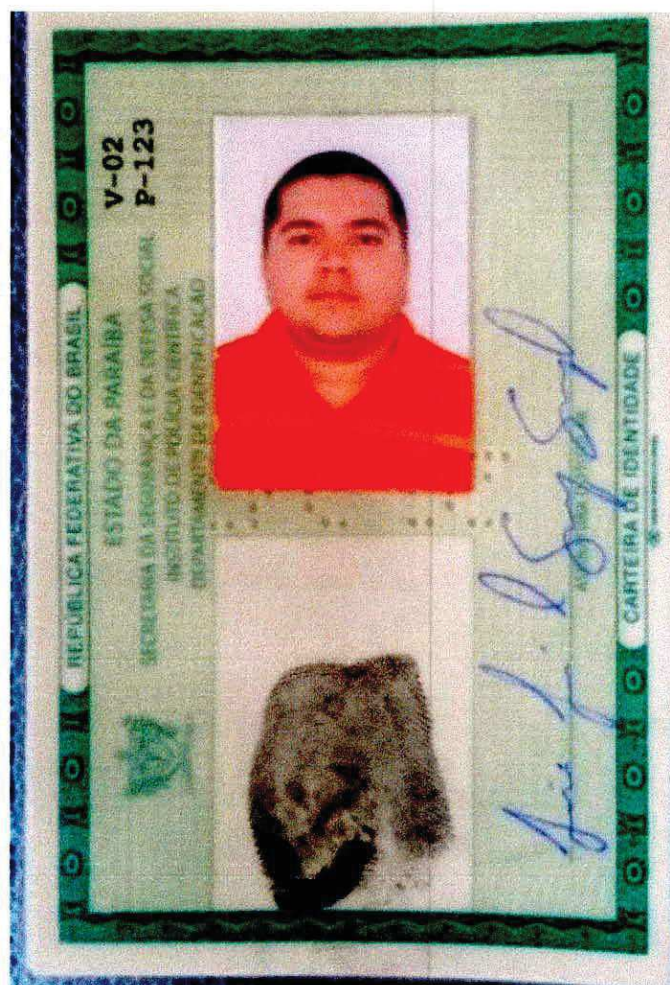
Jaine Campos Vieira
Fisioterapeuta
CREFITO 226738-F

SAPÉ 10 / 08 / 18

CRM - CRO - COREN

Voltando à consulta trazer esta receita





CO-IFREV SEJ. INOS E PREVID. SIA

14 MAR. 2016

PROTOCOLADO

AG. DE PROCESSAMENTO

14 MAR 2018
FOTOCOPIA
CONFIRMAÇÃO DE EMISSÃO
SIA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.482.483 -2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/03/2017
NOME	JOÃO JOSÉ DE SOUZA SEGUNDO
FILIAÇÃO	JOÃO JOSÉ DE SOUZA MARIA LUCIA DE ANDRADE
NATURALIDADE	ALAGOA GRANDE-PB
DOC ORIGEM	NASC.N.20932 FLS.182 LIV.A 21 CARTORIO ALAGOA GRANDE PB
CPF	094.393.364-12
DATA DE NASCIMENTO	21/06/1990
A +	
MARCOS A. B. LACOSTE JR. Chefe do Registro de Identificação Civil	
17/03/2018	

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

Nome MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA
Filiação ANTONIO REIS DE LUCENA
Naturalidade AMALIA GONÇALVES DE LUCENA
RG 2543454 - SSP/PB
Estado de Anos e Titulos NÃO
Data de Nascimento 27/11/1980
CPF 009.705.364-37
Expiração de 09/09/2015
Via 01
CODON RECEBERA, CANCELAMENTO E RENOVAÇÃO

21734

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 07614026

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (Art. 13 da Lei nº 8.966/94)

ASSINATURA DO PORTADOR

OBSERVAÇÕES

CONFREV SECCIONAL DE PARAIBA
 14 MAR. 2015
 PROTOCOLO
 AG. JC
 SSO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013221777000

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD-RENA PRT 20170000302340-5

1 0105805139-0 00/00000000 201

NOVORUMO MOTOR E PECAS LTDA

CPF/CNPJ 05285282000134 PLACA QFK3267/PB

PLACA ANT. UF NOVO PB 902KD0550ER232034

ESPECIE DE VEICULO PAS/MOTOCICLETA/NAO APTO COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/NXR150-BROS ES ANO FAB. 2014 ANO MOD. 201

CAP/POT/CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC DOA PREDOMINANTE FANTASIA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 00/00/0000 VENC. COTAS 1º

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º

***** 0 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 26/07/20

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

VEIC. MODIFICADO RES. 25/98

JOAO PESSOA PB DATA 08/08/2003

14265

CONFREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

14 MAR. 2016

PROTOCOLADO

AG. 11

SSOA



Marcelo Lucena
ADVOCACIA & CONSULTORIA JURÍDICA

À
LIDER SEGURADORA

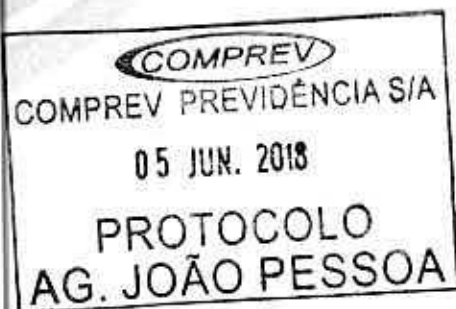
Eu, Marcelo Antônio Rodrigues de Lucena, advogado, CPF: 009.705.364-37, OAB 21734-PB, como procurado do Sr. João José de Souza Segundo, CPF: 094.393.364-12, Sinistro 318012884, venho por meio desta informar que o veículo motocicleta Honda/NXR150 BROS, ANO 2014, PLACA QFK3267/PB, CHASSI 9C2KD0550ER232034, pilotado por MARCOS VINICIUS CHACON DE PAULO, RG:422071'-SSP/PB, onde o sinistrado vinha na garupa da respectiva moto, pertence a empresa onde trabalha, NOVO RUMO MOTOR PEÇAS LTDA, e a mesma se recusa a assinar a declaração de proprietário do veículo.



MARCELO ANTÔNIO RODRIGUES DE LUCENA

OAB 21734

João Pessoa, 01 de junho de 2018



À LÍDER SEGURADORA

Eu, JOÃO JOSÉ DE SOUZA SEGUNDO, CPF 094.393.364-12, sinistro 3180128884, venho por meio desta informar que o veículo motocicleta Honda/NXR150 BROS, ANO 2014, PLACA QFK3267/PB, CHASSI 9C2KD0550ER232034, pilotado por MARCOS VINICIUS CHACON DE PAULO, RG 4220714 - SSDS/PB, onde eu, o sinistrado, vinha na garupa da respectiva moto, pertence à empresa onde trabalho, NOVO RUMO MOTOR E PEÇAS LTDA, e a mesma se recusa a assinar a declaração de proprietário do veículo.


João José de Souza Segundo

CF **Feliciano da Silva**
Serviço Notarial e Registral
Rua. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746 - Centro - Sapé
Pamplim - CEP 58340-000 - Forquilha (PB) 3283-3341
Saverina Lúcia M. Feliciano da Silva
Tabelião
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....
JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO
Em test. da verdade. Sapé-PB 21/06/2018 13:41:49
Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrevente
[2018-005163] EMUL: R\$ 49,48 FAPEN: R\$ 0,28 FEPO: R\$ 1,90
SELO DIGITAL: ANCO0767-XXXX
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.iss.br>

CARTÓRIO ÚNICO
Saverina Lúcia M. Feliciano da Silva
Tabelião Substituto
Maria de Lourdes Castro Gusmão
Escrevente
Av. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746
Forquilha (PB) 3283-2341/9313-3163
CEP 58340-000 - Sapé - PB

Sapé, 14 de junho de 2018

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Marcelo Lucena
ADVOCACIA & CONSULTORIA JURÍDICA

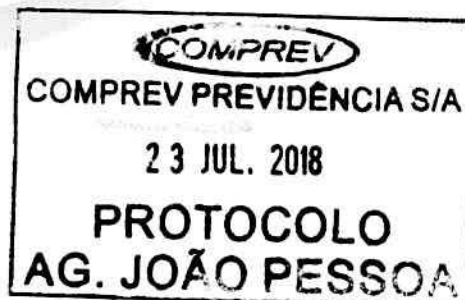
À
LIDER SEGURADORA

Eu, Marcelo Antônio Rodrigues de Lucena, advogado, CPF: 009.705.364-37, OAB 21734-PB, como procurado do Sr. João José de Souza Segundo, CPF: 094.393.364-12, Sinistro 318012884, venho por meio desta informar que o veículo motocicleta Honda/NXR150 BROS, ANO 2014, PLACA QFK3267/PB, CHASSI 9C2KD0550ER232034, pilotado por MARCOS VINICIUS CHACON DE PAULO, RG:422071-SSP/PB, onde o sinistrado vinha na garupa da respectiva moto, pertence a empresa onde trabalha, NOVO RUMO MOTOR PEÇAS LTDA, e a mesma se recusa a assinar a declaração de proprietário do veículo.


MARCELO ANTÔNIO RODRIGUES DE LUCENA

OAB 21734

João Pessoa, 10 de Abril 2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180128884

Cidade: Sapé

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO JOSE DE SOUZA II

Data do acidente: 16/09/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: a

Resultados terapêuticos: a

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: João José de Souza Segundo
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
 Profissão: vendador
 Identidade: 3482.483 CPF: 054.393.364-12
 Endereço: Joe Lopes Gusmão n: 89, Sape PB

OUTORGADO:

Nome: Marcelo Antonio Rodrigues de Azevedo
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Separado
 Profissão: Advogado
 Identidade: 217304 OAB-PB CPF: 009.705.364-37
 Endereço: R Prof Oswaldo Almeida Azevedo 260, sala 204

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a

João José de Souza Segundo

Sape 15.02.2016
 Local e data

[Assinatura]
 Assinatura do Outorgante
 (reconhecer firma por autenticidade)

14 MAR. 2016

PROTOCOLADO
 O P S S O

CARTÃO ÚNICO
 Severina Lucia M. Feliciano Sá
 Tabela Substituta
 Maria de Lourdes Castro Gusmão
 Escrevente
 Renata Coutinho, 1746
 41/9313-3162
 Sape - PB
 Rua Com Ressaca, 944 - Centro - Sape
 Paraíba - CEP: 58321-000
 Fone: (33) 3333-3333
 E-mail: contato@severina.com.br
 www.severina.com.br
 Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) [Assinatura]
 JOÃO JOSÉ DE SOUZA SEGUNDO
 Em test. da verdade. Sape - PB 15/02/2016 16:45
 Vândilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente
 12018-0012924-PM - RG: 49.48 FAPEN-RT 0.28 FEPJ-RT 1
 SELO DIGITAL: A09.97258-5PM
 Confira a autenticidade em: https://selodigital.tpb.jus.br

FELICIANO DA SILVA
 Serviço Notarial e Registral