



Número: **0808026-38.2018.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **02/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JEYMISON YURI MENEZES DE MEDEIROS (AUTOR)	RAFAELA MARIA E SILVA FERREIRA (ADVOGADO) MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO registrado(a) civilmente como FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71951 682	17/04/2023 16:50	<u>Petição</u>	Petição
71951 683	17/04/2023 16:50	<u>2802864_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
71951 684	17/04/2023 16:50	<u>2802864_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/04/2023 16:50:32
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041716503251700000067850057>
Número do documento: 23041716503251700000067850057

Num. 71951682 - Pág. 1

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEYMISON YURI MENEZES DE MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000009228-6

Nr. da Autenticação C6E82B11FAF4FE10



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/04/2023 16:50:33
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041716503279000000067850058>
Número do documento: 23041716503279000000067850058

Num. 71951683 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JEYMISON YURI MENEZES DE MEDEIROS**

Nº Sinistro: **3180403364**
Vitima: **JEYMISON YURI MENEZES DE MEDEIROS**
Data do Acidente: **14/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13333247

Pag. 00823/00824 - carta_01 - INVALIDEZ



00020412



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/04/2023 16:50:33
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041716503279000000067850058>
Número do documento: 23041716503279000000067850058

Num. 71951683 - Pág. 2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Benelário 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").

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	088.703.474-86	LEYMISON YURI MENEZES DE MENEZOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF/Início da conta	Profissão
Leymison Yuri Menezes de Menezes 088.703.474-86		Motorista
Endereço	Número	Complemento
Rua Sagui da Silva	252	
Bairro	Cidade	Estado
Paratibe	José Pessoa	PB
Email	Telefone (DDD)	
comult_jus_advogados@gmail.com	(83) 986630581	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> PEDESO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRUPÇÃO (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA N°:	D/V	CONTA N°:	D/V
0037		9228	6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Name _____ IFO _____			
AGÊNCIA N°:	D/V	CONTA N°:	D/V
(Informar dígito se existir)			
(Informar dígito se existir)			

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

João Pessoa, 23 de agosto de 2019
Local e Data

Leymison YURI MENEZOS de MENEZOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/04/2023 16:50:33
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2304171650327900000067850058>
Número do documento: 2304171650327900000067850058

Num. 71951683 - Pág. 5

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01615.01.2018.1.00.420

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

Dados do(s) Fatos:

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

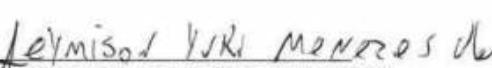
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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

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

João Pessoa/PB, 23 de agosto de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

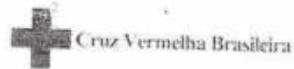

JEYMISON YURI MENEZES DE MEDEIROS
Noticiante



Procedimento Policial: 01615.01.2018.1.00.420

1/1





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

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

Anamnese

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

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Marcos Antônio C. Furtado
Cirurgião Geral
CRM 2882

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(: 2882/PB)

JEYMILSON MENDES DE MEDEIROS



Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 14/03/2018 10:23:28

0.6.3080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=237988&pesquisa=S&perform=im... 1/1

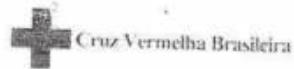


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/04/2023 16:50:33

<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041716503279000000067850058>

Número do documento: 23041716503279000000067850058

Num. 71951683 - Pág. 7



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

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

Anamnese

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

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Marcos Antônio C. Furtado
Cirurgião Geral
CRM 2882

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(: 2882/PB)

JEYMILSON MENDES DE MEDEIROS



Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 14/03/2018 10:23:28

0.6.3080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=237988&pesquisa=S&perform=im... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/04/2023 16:50:33

<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041716503279000000067850058>

Número do documento: 23041716503279000000067850058

Num. 71951683 - Pág. 8



CAGEPA

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

PARA CONTATO COM O INFORME ESTIMATIVO
MATRÍCULA

70687943

REFERÊNCIA
JUN/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE CICERO FELIX DA SILVA
RUA SAGUÍ DA SERRA, S/N - PARATIBA JOÃO PESSOA PB
58062-308

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
001.095.335.0363.000	000	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
5131/406895	04/06/2013	EXT LACRADO	POTENCIAL		

ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO (L/D)		NÚM. DE DIAS		PROXIMA LEITURA	
201	208	7	32			01/07/2018			
HIST.	CONS./ANOR.	LEIT.	1	QUALID.	ÁGUA	ANERG.	DO. PORT.	05/08/17	115.
JAN/2018	4	30		PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORTES		
FEV/2018	0	15		TURBIDEZ	268	287	284		
MAR/2018	2	30		CLORO	208	287	254		
ABR/2018	0	0		COL. TERMOT.	0	0	0		
MAY/2018	0	0		COR	73	113	112		
JUN/2018	0	0		COL. TOTALS	268	287	287		
MÉDIA(M)	15			DADOS REFERENTES A ABR/2018					

DATA DA IMPRESSÃO:	04/06/2018	HORA DA IMPRESSÃO:	10:46:15
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)	
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA	7,46	37,91	
ESGOTO			

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS + CONFINS LEI 12.741/12

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



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA. CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EN 30.04.2018. REVISITAMOS QUE V. SA. ESTAVA EM DÉBITO.
0. COMPAREÇA OS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO AP75 A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



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

82689000000 0 37910910001 3 07068794301 2 06201870003 9



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



TIM Celular S.A.
Av. Pres. Epitácio Pessoa, 3160-5L6
Tombazinho - João Pessoa - PB
CNPJ: 04.206.050/0085-99 - IE: 16.143.665-0
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

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

Página 1 de 4

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/08/2018

EMISSÃO: 19/07/2018

POSTAGEM: 27/07/2018

FATURA: 3461569306

CLIENTE: 165481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACESSO: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

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

IMPORTANTE PARA CASSIO

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

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

Serviços TIM S.A.	VALOR
TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS	R\$ 49,90

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

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)	Ilimitado	200m54s	1	30	19/06 a 18/07	49,90
TIM Portal CONTEUDO GOLD	-	-	1	30	19/06 a 18/07	Incluído
Total de Mensalidades						49,90

CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

Todas as suas ligações de voz realizadas na área coberta pela Rede TIM	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Chamadas Locais de Fixo para Celulares TIM	-	07m36s	7	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outros Celulares	-	183m00s	92	-	-	0,00
Chamadas Longa Distância de Fixo: TIM LD 41	-	10m18s	5	-	-	0,00
Total de Chamadas Dentro da Rede TIM						0,00

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

CONTA DIGITAL TIM

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

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

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

Em atendimento à Lei 12.741/2012
As contribuições da FUST (1%) e FUNITTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

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

Incluídos no(s) Plano(s)

Franchise(s) R\$ 35,00

SVA R\$ 14,90

Desconto(s) Franchise(s) R\$ 0,00

Desconto(s) SVA R\$ 0,00

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 AGO. 2018



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

NOME DO CLIENTE
CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000000165481214012	JUL/2018	19/07/2018	10/08/2018	R\$ 49,90

Nº de identificação do documento: 3461569306

846400000000 - 2 49900109011 - 1 00346156930 - 7 60119257526 - 9

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Cinthia Gilo das Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 051690444, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jennylen Yury Henezes de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 083703474, do sinistro de DPVAT cobertura Finalidade da Vítima Jennylen Yury Henezes de Melo, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Av Capitão José Pessoa</u>	Número	<u>602</u>	Complemento	<u>Sala 06</u>
Bairro	<u>Jaguaribe</u>	Cidade	<u>Jacauí-PB</u>	Estado	<u>PB</u>
Email	<u>contato.jus.advogados@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(83) 976630583</u>	
			Telefone celular (DDD)	<u>(83) 97912316</u>	

Jacauí-PB, 23 de agosto de 2018
Local e Data

Maria Cinthia Gilo das Silveira
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Juci Menezes da Silva,
RG nº 3307823, data de expedição 1/1/,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 080.551.164-01, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Oscar Lopes Machado, nº 947,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jeymison Juci Menezes de Melo cujo o condutor era
Jeymison Juci Menezes de Melo.

Véiculo: motocicleta

Veículo: Monociclo
Modelo: Honda/CB 160 START

Ano: 2017

Placa: BFT 0786 / PB

Chassi: 9C2KE2E00HR012276

Data do Acidente: 15/03/2013

Local e Data: Lagoa Perseca - PB 24/10/2018

a Viva Nascimento da Silva
Assinatura do Documento

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima esclarecendo o acidente)



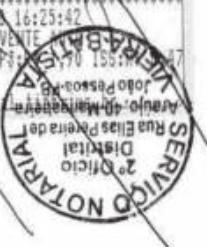
SERVÍCIO NOTARIAL "VIRGÍLIA BATISTA" - FÔRUM OFICIAL DISTITAL.
 Bel. Rômulo Vieira Batista - Telefone: +55 84 9853-0000 - Rosângela Vieira Batista - Substituta
 Rua Eraldo Ferreira da Andrade, 45 - Mangabeira/PB - CEP: 58020-000 - João Pessoa - PB - Fone/Fax: +55 84 3222-0000

Reconheço, como autenticado e verdadeiro, o(s) Firma(s) de:

YURI NASCIMENTO DA SILVA

 Em test. da verdade, João Pessoa - PB 24/07/2018 16:25:42
 Maricéide Alexandre da Silva Araújo - FSCREVENTE
 [2018-020193JEMOL:R\$ 19,40 FARPEL:R\$ 20 FEPS:R\$ 17,70 ISS/R:R\$ 47,70]
 SELO DIGITAL: AGU19294-1506

JOAO PESSOA PB
 Confira a autenticidade em <https://www.serviciodenotariado.com.br/autenticar>



Declaração do Proprietário do Veículo

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

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/CG 160 START
Ano: 2017
Placa: QFT 07861PB
Chassi: 9C2KC2500HR012276
Data do Acidente: 14/03/2018
Local e Data: João Pessoa - PB 24/08/2018

CARTÃO
VIEIRA BATISTA

Yuri Nascimento da Silva
Assinatura do Declarante

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





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

LAUDO MÉDICO

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

PACIENTE: JEYAMILSON YURI MENEZES DE MEDEIROS

DATA DE NASCIMENTO: 12.02.93

Data e Hora do Atendimento: 14.03.18

Horário: 10:21h

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

DIAGNÓSTICO INICIAL: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

CID 10 S 43 1

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do ombro esquerdo AP e
Perfil e tratamento cirúrgico em 19.03.18 com redução e fixação de luxação acrômio
clavicular esquerda.

ALTA HOSPITALAR: 20.03.18 às 12:10h

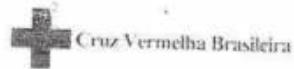


Data da Emissão: 30.07.18

Dr. Glender Tercio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9 / CRM- 3920

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

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

Anamnese

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

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Marcos Antônio C. Furtado
Cirurgião Geral
CRM 2882

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(: 2882/PB)

JEYMILSON MENDES DE MEDEIROS



Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 14/03/2018 10:23:28

0.6.3080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=237988&pesquisa=S&perform=im... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/04/2023 16:50:33

<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041716503279000000067850058>

Número do documento: 23041716503279000000067850058

Num. 71951683 - Pág. 15



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

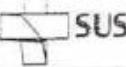
Nutriente: Fertilizante de Minérios
Paciente: Francisco Luiz da Cunha e Oliveira
Procedimento: Colostomia
SUS: (X) Não SUS ()
Médico: Dra. Sônia + Dr. Breno

Prontuário: 1068940
Data: 03/28
Pronosticador:

Prontuário: 1068940
Data: 03/28
Pronosticador:

Dr Francinélio Freitas
Médico
CRM-RB 6600 DIC 01-CAM
65464579057800



 SUS Sistema Único de da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N.º DO PONTUÁRIO		
<i>JAMILSON MENDES DE MENESES</i>		<i>8068949</i>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO
		/ / /		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE		
		DDD		
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III		
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31-QTDE
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34-QTDE
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37-QTDE
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
<i>ANESTESIA SE - FIO DE KIRSCHNER N° 20 (Ficou no paciente) - OS</i>				
<i>COMPREV</i> COMPREV PREVIDÊNCIA S/A <i>30 AGO. 2018</i>				
PROTOCOLO <i>B. RONIN - AGULHA BLOQ. PLEXO TOXA AC. JOÃO PESSOA</i>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
		<i>19/03/18</i>		
41 - DOCUMENTO		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF			<i>Dr Francinélio Freitas</i> Médico CRM PB 9603
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
				<i>/ /</i>
47 - DOCUMENTO		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF			





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Teymison Veneri M. de Melo BE/Prontuário: 028909
 Idade: 35 Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 19/10/18
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Fecotomia da parete do recto - iodaualina
 Cirurgião: Dra. Gustavo Mendonça 1º Assistente: Dr. Dennis Gomes
 2º Assistente: Wilton Souza 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Cirurgia de revascularização (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Fecotomia LACIF</u>	


COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A
30 AGO. 2018

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Francimelio Freitas
Médico
CRM PB 9603
CMS 703404579057800

João Pessoa, 19/10/18

Médico/CRM: _____

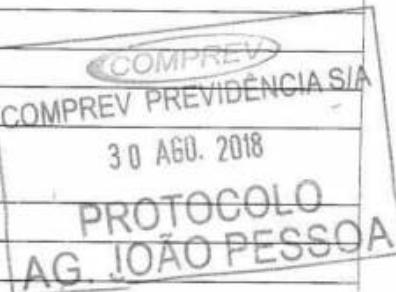
F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	O Paciente em DOH tipo cadeira de praia com torso O Anestesia + anticoagulante + glicoproteína campo estéril
Incisão:	2 Incisões golpe abra 3x3
Achados:	Q. luxação acromioclavicular R
Conduta:	5 Preparo de 2 fios com o clavícula C 6 Passo - de fio de Ethilon 4/0 fina tensão e sangue - o mesmo procedimento. 7 Redução feita 8 Fixação de fio de Kirchner em 2x3 através da clavícula
Fechamento:	- Sutura de 1/0 vicryl - curativo estéril - Técnica
Observação:	

João Pessoa, _____ / _____ / _____

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: JAMILSON MENDES DE MENEZES
 N° DE CASO: 26-1068946 HABITACAO: 1 INFERMARIA: M2 LEITO: M2
 IRÚGIO: DR. 1^º AUX: Blaa. 2^º AUX: PLEXO + SEDALIC
 ANESTESIA: DA. ANESTESISTA: DR. THIOLY LUXACQ ACROMIO CLAVICULA (E)
 STRUMENTADOR: DR. 19/03/18 DURAÇÃO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 14:40h FIM: 15:50h
 DICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS):
 (A 1) ASA 1 (ASA 2) ASA 3 (ASA 4) ASA 5
 SALA DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPIDA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS	QTD.	FIOS	QTD.
FENTANILA	<u>RL</u>	JELCO Nº18		FIOS CAT GUT CROMADO Nº	
PIVACAINA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIOS CAT GUT CROMADO Nº	
PIVACAINA PESADA		JELCO Nº22		FIOS DE AÇO Nº	
TAMINA		JELCO Nº24		FIOS DE AÇO Nº	
OPIPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORAXICA Nº		FIOS DE NYLON Nº	<u>3-0L</u>
OVIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI Nº11		FIOS DE NYLON Nº	
NOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	<u>OU</u> LÂMINA BISTURI Nº15		FIOS DE NYLON Nº	
NTANILA	PVP1 DEGERMANTE	<u>OU</u> LÂMINA BISTURI Nº23		FIOS POLIGLACTINA Nº	<u>1L</u>
JMAZENIL	PVP1 TINTURA	<u>OU</u> LÂMINA BISTURI Nº24		FIOS POLIGLACTINA Nº	
IFLI	PVP1 TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIOS POLIGLACTINA Nº	
VOL... VACAINA C/VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIOS POLIPROPILENO Nº	
VOBUPIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	<u>OU</u>	FIOS POLIPROPILENO Nº	
VOCAINA C/VASO		AGULHA 13X4,5	<u>OU</u>	FIOS POLIPROPILENO Nº	
VOCAINA S/VASO		AGULHA 25X07	<u>OU</u>	FIOS POLIPROPILENO Nº	
DAZOLAN		AGULHA 25X08	<u>OU</u>	FIOS POLIGLECAPRONE Nº	
RFINA		AGULHA 40X12	<u>OU</u>	FIOS SEDA Nº	
OBUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		FITA CARDIACA	
ICURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
IDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CATETER DE PIC	
PORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		CIMENTO CIRÚRGICO	
OFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
URÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		FIOS DE KIRSCHNER Nº	
OFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIOS DE KIRSCHNER Nº	
AMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		FIOS STEINMAN Nº	
ENTAL		ATADURA GESSADA	<u>OU</u>	FIOS STEINMAN Nº	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
ENALINA		CÂNLULA PI TRAQUEOSTOMIA Nº		HEMOST ABSORVIVEL	
A DESTILADA	<u>2</u>	CATETER DE OXIGÊNIO		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
OPNA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N		PRÓTESE VASCULAR	
TRA		CATETER EPIDURAL Nº16		KIT PAM	
ZOL		CATETER EPIDURAL Nº17		FIXADOR EXTERNO	
AMI NA		CATETER EPIDURAL Nº18		EMPRESA	
CONA SÓDICA		CERA PARA OSSO			
RUNA		COLET. URINA FECHADO			
SEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	<u>OU</u>		
DSE 10%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
ONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE			
CORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO			
CAINA GELEIA		ELETRODOS	<u>5</u>		
SENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS			
L		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
FIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
AMINA		ESPONJA DE PVP	<u>OU</u>	EQUIPAMENTOS	
XICAN		ESPARADRAPO	<u>OU</u>	QTD.	
		GAZES	<u>OU</u>	() ASPIRADOR	
		GAZES ALGODOADAS		X BISTURI ELÉTRICO	
		GEL ELETROLÍTICO		() CAPNÓGRAFO	
		JELCO Nº14		X CARDIOMONITOR	
		JELCO Nº16		() DESFIBRILADOR	
				() FOCO AUXILIAR	
				X FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				X LOXIMETRO DE PULSO	
				X P.A. INVASIVA/NIÔNICA	
				X PERFORADOR ELÉTRICO	
				() SERLA	
				CIRCULANTE	

ETHIBOM 15-01

3 mmx15 - Agulha para fluxo 50mm - 01

Meia Chaves, Oliveira
Enfermeiro Enfermagem
Funcional: 911.375
Coren PB: 911.375



FICHA DE ANESTESIA



DATA: 19/03/18

PRONTUÁRIO: 1068949

PACIENTE:	Jenilson Henley de Melo		SEXO: M	COR: P	IDADE: 21
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO: 100	RESPIRAÇÃO: Espira	TEMPERATURA: 36,5	PESO: 70	GRUPO SANGUÍNEO: 0
ESTADO GERAL	() BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	() BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO	Eupneia		AP. CIRCULATÓRIO	Estável	
AP. DIGESTIVO	Téjum		ESTADO MENTAL	2. D. T.	
PRE-ANESTÉSICO			DROGAS EM USO		
DOSE/HORA			ESTADO FÍSICO (ASA)		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura sacro ilíaca com o abacaxi				
CIRURGIA REALIZADA	Tortosamento sacro - LDC				
CIRURGIÃO	Dr. Gustavo Br. Ribeiro				
INÍCIO DA ANESTESIA	14:15	TÉRMINO DA ANESTESIA	15:30	DURAÇÃO DA ANESTESIA	1h 15min
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.		VALORES RS		
ANESTESISTA	CPF		Thierry Kehewald MEDICO CRM 7179		
AGENTE/HORA	WV	15:15			
020	N2O				
MSP	500	500	500		
1. Ategumus do aparelho de ausculta 2. CVP # 18 mmHg 3. Monitoração PAEC, ECG, Oxi. pul. 4. Volemia espontânea com nível de O ₂ 94%					
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input checked="" type="checkbox"/> BLOCO PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS					
TÉCNICA: Bloqueo intersceleral + HSE					
INDOS: Volume em ml					
DOSES: MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
1. Fentanil 100mcg 11 2. Ketamina 12 3. Midolac 2g 13 4. Desametomidina 10m 0,4 5. Novocaina 5% 0,2% 1,7 100ml 6. Lidocaína 7% 0,8% 400ml					
DESTINO DO PACIENTE: COMPREV PREVIDÊNCIAS / A 30 ABR. 2018					
<input type="checkbox"/> APT* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: VRPD					
OBSERVAÇÕES/IMPORTANTE: S. Rígido do diaquem, assopros com clorof 10-12mmHg seu ejeção 150 + negativo sumado interdente fece 60-80ml, se injeta 5-6 Segs diaquem, seu abr, se aspira sed 5ml, ausculta estetica					
ASSINATURA DO ANESTESISTA: Thierry Kehewald MEDICO CRM 7179					





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

LAUDO MÉDICO

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

PACIENTE: JEYAMILSON YURI MENEZES DE MEDEIROS

DATA DE NASCIMENTO: 12.02.93

Data e Hora do Atendimento: 14.03.18

Horário: 10:21h

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

DIAGNÓSTICO INICIAL: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

CID 10 S 43 1

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do ombro esquerdo AP e
Perfil e tratamento cirúrgico em 19.03.18 com redução e fixação de luxação acrômio
clavicular esquerda.

ALTA HOSPITALAR: 20.03.18 às 12:10h

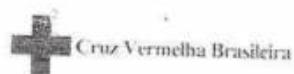


Data da Emissão: 30.07.18

Dr. Glender Tercio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9 / CRM- 3920

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

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

Anamnese

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

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Marcos Antônio C. Furtado
Cirurgião Geral
CRM 2882

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(: 2882/PB)

JEYMILSON MENDES DE MEDEIROS



Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 14/03/2018 10:23:28

0.6.3080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=237988&pesquisa=S&perform=im... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/04/2023 16:50:33

<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041716503279000000067850058>

Número do documento: 23041716503279000000067850058

Num. 71951683 - Pág. 23



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Nome: **FAMILIAR MANTES DE MEDIDAS** Nº: **TRABALHO LUXUOSO DENGUE E ENVIAR** CE: **0**

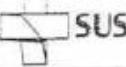
Prontuário: 1068940
Data: 13/03/28
Pronosticador:

Prontuário: 1068940
Data: 03/28
Pronosticador:

The logo consists of the word "COMPREV" in a bold, italicized, serif font, enclosed within an oval border. Below it, the words "PREVIDÊNCIA S/A" are written in a smaller, all-caps, sans-serif font.

Dr Francinélio Freitas
Médico
CRM-RB 6600 DIC 01-CAM
65464579057800



 SUS Sistema Único de da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N.º DO PONTUÁRIO		
<i>JAMILSON MENDES DE MENESES</i>		<i>8068949</i>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO
		/ / /		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE		
		DDD		
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III		
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
<i>ANESTESIA SE - FIO DE KIRSCHNER N° 20 (Ficou no paciente) - OS</i>				
<i>COMPREV</i> COMPREV PREVIDÊNCIA S/A <i>30 AGO. 2018</i>				
PROTOCOLO <i>B. RONIN - AGULHA BLOQ. PLEXO S. VAGAL. AC. JOÃO PESSOA</i>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
		<i>19/03/18</i>		
41 - DOCUMENTO		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF			<i>Dr Francinélio Freitas</i> <i>Médico</i> <i>CRM PB 9603</i> <i>CNS 70340457905/800</i>
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
				<i>/ /</i>
47 - DOCUMENTO		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)
<input type="checkbox"/> CNS		<input type="checkbox"/> CPF		





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Teymison Veneri M. de Melo BE/Prontuário: 028909
 Idade: 35 Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 19/10/18
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Ficocirurgia da Laringe direita - iodamarcante
 Cirurgião: Dr. Gustavo Mendonça 1º Assistente: Dr. Dennis Gomes
 2º Assistente: Wilton Souza 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Laringite crônica aguda (G)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ficocir. da LACIF</u>	


COMPREV PREVIDÊNCIAS/A
30 AGO. 2018

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Francimelio Freitas
 Médico
 CRM PB 9603
 CNES 703404579057800

João Pessoa, 19/10/18

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	O Paciente em DOH tipo cadeira de praia com o torso O Anestesia + anticoagulação + glicoproteína campo estéril
Incisão:	2 Incisões golpe abra 3x3
Achados:	O luxo acromioclavicular R
Conduta:	5 Preparo de 2 fios com a clavícula C 6 Passo - de fio de Ethilon fio fino + suture - o mesmo procedimento. 7 Redução feita 8 Resogar de fio de Kirchner em 2 x através da clavícula
Fechamento:	- Sutura de 1 m de 0 - curativo estéril - Técnica
Observação:	<p style="text-align: right;">COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 30 AGO. 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>

João Pessoa, 1 / 1

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: JAMILSON MENDES DE MENEZES
 N° DE CASO: 26-1068946 HABITACAO: 1 INFERMÁRIA: M2 LEITO:
 IRÚGIO: DR. 1^º AUX: Blaa. 2^º AUX: PLEXO + SEDALIC
 ANESTESIA: DA. ANESTESISTA: DR. THIOLY LUXACQ ACROMIO CLAVICULA (E)
 STRUMENTADOR: 190318 DURAÇÃO CIRÚRGICA - ANESTESIA: INÍCIO: 14:40h FIM: 15:50h
 DICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS):
 (A 1) ASA 1 (ASA 2) ASA 3 (ASA 4) ASA 5)
 SALA DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPIDA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICACOES ANESTESICAS	QTD.	MATERIAIS	QTD.	FIOS	QTD.
FENTANILA	<u>RL</u>	JELCO Nº18		FIOS CAT GUT CROMADO Nº	
PIVACAINA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIOS CAT GUT CROMADO Nº	
PIVACAINA PESADA		JELCO Nº22		FIOS DE AÇO Nº	
TAMINA		JELCO Nº24		FIOS DE AÇO Nº	
OPIPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORAXICA Nº		FIOS DE NYLON Nº	<u>3-0L</u>
OVIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI Nº11		FIOS DE NYLON Nº	
NOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	<u>OU</u> LÂMINA BISTURI Nº15		FIOS DE NYLON Nº	
NTANILA	PVP DEGERMANTE	<u>OU</u> LÂMINA BISTURI Nº23		FIOS POLIGLACTINA Nº	<u>1L</u>
JMAZENIL	PVP TINTURA	<u>OU</u> LÂMINA BISTURI Nº24		FIOS POLIGLACTINA Nº	
IFLI	PVP TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIOS POLIGLACTINA Nº	
VOL... ACACINA C/VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIOS POLIPROPILENO Nº	
VOBUPIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	<u>OU</u>	FIOS POLIPROPILENO Nº	
OCACINA C/VASO		AGULHA 13X4,5	<u>OU</u>	FIOS POLIPROPILENO Nº	
OCACINA S/VASO		AGULHA 25X07	<u>OU</u>	FIOS POLIPROPILENO Nº	
DAZOLAN		AGULHA 25X08	<u>OU</u>	FIOS POLIGLECAPRONE Nº	
RFINA		AGULHA 40X12	<u>OU</u>	FIOS SEDA Nº	
OBUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		FITA CARDIACA	
ICURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
IDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CATETER DE PIC	
PORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		CIMENTO CIRÚRGICO	
OFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
URÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		FIOS DE KIRSCHNER Nº	
OFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIOS DE KIRSCHNER Nº	
AMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		FIOS STEINMAN Nº	
ENTAL		ATADURA GESSADA	<u>OU</u>	FIOS STEINMAN Nº	
MEDICACOES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
ENALINA		CÂNLULA PI TRAQUEOSTOMIA Nº		HEMOST ABSORVIVEL	
A DESTILADA	<u>2</u>	CATETER DE OXIGÊNIO		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
OPNA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N		PRÓTESE VASCULAR	
TRA		CATETER EPIDURAL Nº16		KIT PAM	
ZOL		CATETER EPIDURAL Nº17		FIXADOR EXTERNO	
AMI NA		CATETER EPIDURAL Nº18		EMPRESA	
CONA SODICA		CERA PARA OSSO			
RUNA		COLET. URINA FECHADO			
SEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	<u>OU</u>		
DSE 10%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
ONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE			
CORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO			
CAINA GELEIA		ELETRODOS	<u>5</u>		
SENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS			
L		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
IGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
AMINA		ESPONJA DE PVP	<u>OU</u>	EQUIPAMENTOS	
XICAN		ESPARADRAPO	<u>OU</u>	QTD.	
		GAZES	<u>OU</u>	() ASPIRADOR	
		GAZES ALGODOADAS		X BISTURI ELÉTRICO	
		GEL ELETROLÍTICO		() CAPNÓGRAFO	
		JELCO Nº14		X CARDIOMONITOR	
		JELCO Nº16		() DESFIBRILADOR	
				() FOCO AUXILIAR	
				X FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				X OXÍMETRO DE PULSO	
				X P.A. INVASIVA/NIÔNICA	
				X PERFORADOR ELÉTRICO	
				() SERLA	
				CIRCULANTE	

ETHIBOM 15-01

3 mmx15 - Agulha para fluxo 50mm - 01

Meia Chaves, Oliveira
Enfermeiro Enfermagem
Funcional: 911.375
Coren PB: 911.375



FICHA DE ANESTESIA



DATA: 19/03/18

PRONTUÁRIO: 1068949

PACIENTE:	Jenilson Henley de Melo		SEXO: M	COR: P	IDADE: 21
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO: 100	RESPIRAÇÃO: Espira	TEMPERATURA: 36,5	PESO: 70	GRUPO SANGUÍNEO: 0
ESTADO GERAL	() BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	() BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO	Eupneia		AP. CIRCULATÓRIO	Estável	
AP. DIGESTIVO	Téjum		ESTADO MENTAL	2. D. T.	
PRE-ANESTÉSICO			DROGAS EM USO		
DOSE/HORA			ESTADO FÍSICO (ASA)		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura sacro ilíaca com o abacaxi				
CIRURGIA REALIZADA	Tortosamento sacro - LDC				
CIRURGIÃO	Dr. Gustavo Br. Ribeiro				
INÍCIO DA ANESTESIA	14:15	TÉRMINO DA ANESTESIA	15:30	DURAÇÃO DA ANESTESIA 1h 15min.	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.		VALORES RS		
ANESTESISTA	CPF		Thierry Kehewald MEDICO CRM 7179		
AGENTE/HORA	WV	15:15			
020	N2O				
MSP	500	500	500		
1. Ategumus do aparelho de ausculta 2. CVP # 18 mmHg 3. Monitoração PAEC, ECG, Oxi. pul. 4. Ventilação espontânea com mistura de O ₂ e N ₂ O					
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input checked="" type="checkbox"/> BLOCO PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS					
TÉCNICA <i>Bloqueio intercostal 3º HSE</i>					
INDOS VOLUME EM ml MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
1. Fentanil 100mcg 11 2. Ketamina 12 3. Midolac 2g 13 4. Desametomidina 10m 0,4 5. Novapupi 5% 0,2-1,7 100ml 6. Sufocaina 7% 0,8-1,400ml 7. 17 8. 18 9. 19 10. 20					
COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIAS/SA 30 ABR. 2018					
PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA					
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES S. Rígido do diaquem, assopros com clorof 10-15mmHg, seu clímax 150 + negativo, temendo infarto, fece 60-80ml, se injeta 5-10ml de sangue, seu abd, se espalha em 5ml, auscultar estertores					
ASSINATURA DO ANESTESISTA					
ING. ARQUITETO Thierry Kehewald MEDICO CRM 7179					





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/04/2023 16:50:33
<https://pje.tjpj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041716503279000000067850058>
Número do documento: 23041716503279000000067850058

Num. 71951683 - Pág. 30



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/04/2023 16:50:33
<https://pje.tjpj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041716503279000000067850058>
Número do documento: 23041716503279000000067850058

Num. 71951683 - Pág. 31

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

PB Nº 013748059549 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 13/09/2017

VIA 1 08055216401 CPF/CNPJ QFT0786/PB
01106099637 HONDA/CG 160 MARCA/MODELO START
ANO/FAB 2016 CAT/TARIF 9 9C2KC2500HR012276

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ****	DETRAN (R\$) ****	CUSTO DO SEGURO (R\$) ****
CUSTO DO BILHETE (R\$) ****	IOF (R\$) SEGURADO	TODAS À SER PAGO PELO SEGUROADO (R\$) PAGO
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO 13/09/2017
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.240.808-0001-04

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



MINISTÉRIO DAS CIDADES

L A C R E O 0 0 4 4 5 1 4 8 1 6	<p>DETTRAN - PB N° 01374B059549 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>VIA:</td> <td>1</td> <td>CÓD. PLENARIA:</td> <td>0110609963-7</td> <td>PLNTR.C.</td> <td>00/00000000</td> <td>EXERCÍCIO:</td> <td>2017</td> </tr> <tr> <td colspan="8">YURI NASCIMENTO DA SILVA</td> </tr> <tr> <td colspan="8">CPF / CNPJ: 08055216401 PLACA: OFT0786/PB</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NOVO</td> <td>PB</td> <td colspan="5">9C2KC2500HRC012276</td> </tr> <tr> <td colspan="4">PAS/MOTOCICLE/NAO APPL</td> <td colspan="4">COMBUSTÍVEL: GASOLINA</td> </tr> <tr> <td colspan="4">HONDA/CG 110 START</td> <td colspan="4">ANO FAB: 2016 ANO MFG: 2017</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CAP / POT:</td> <td>2 P/162 /C1</td> <td>CATEGORIA:</td> <td colspan="2">PARTIC</td> <td colspan="2">COR PREDOMINANTE:</td> </tr> <tr> <td>I P V A</td> <td colspan="2">COTA UNICA:</td> <td colspan="2">VENC. COTA UNICA:</td> <td colspan="2">VENC. COTAS:</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">FAIXA IPVA</td> <td colspan="2">00/00/0000</td> <td colspan="2">1^a</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">*****</td> <td colspan="2">PARCELAMENTO / COTAS:</td> <td colspan="2">2^a</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">0</td> <td colspan="2">3^a</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PRÉMIO FAZENDÁRIO (R\$)</td> <td>IOF (R\$)</td> <td colspan="2">PRÉMIO TOTAL (R\$)</td> <td colspan="2">DATA DE PAGAMENTO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">*****</td> <td>SEGURO</td> <td colspan="2">P A G O</td> <td colspan="2">13/09/2017</td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">OBSERVAÇÕES: A.F ADM DE CONCEIÇÃO HONDA LTD</td> </tr> <tr> <td colspan="4">TOÃO PESSOA - PB</td> <td colspan="4">13/09/2017</td> </tr> <tr> <td colspan="4">41947</td> <td colspan="4">39217</td> </tr> </table>	VIA:	1	CÓD. PLENARIA:	0110609963-7	PLNTR.C.	00/00000000	EXERCÍCIO:	2017	YURI NASCIMENTO DA SILVA								CPF / CNPJ: 08055216401 PLACA: OFT0786/PB								NOVO		PB	9C2KC2500HRC012276					PAS/MOTOCICLE/NAO APPL				COMBUSTÍVEL: GASOLINA				HONDA/CG 110 START				ANO FAB: 2016 ANO MFG: 2017				CAP / POT:		2 P/162 /C1	CATEGORIA:	PARTIC		COR PREDOMINANTE:		I P V A	COTA UNICA:		VENC. COTA UNICA:		VENC. COTAS:			FAIXA IPVA		00/00/0000		1 ^a			*****		PARCELAMENTO / COTAS:		2 ^a					0		3 ^a		PRÉMIO FAZENDÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO		*****		SEGURO	P A G O		13/09/2017		OBSERVAÇÕES: A.F ADM DE CONCEIÇÃO HONDA LTD								TOÃO PESSOA - PB				13/09/2017				41947				39217			
VIA:	1	CÓD. PLENARIA:	0110609963-7	PLNTR.C.	00/00000000	EXERCÍCIO:	2017																																																																																																																				
YURI NASCIMENTO DA SILVA																																																																																																																											
CPF / CNPJ: 08055216401 PLACA: OFT0786/PB																																																																																																																											
NOVO		PB	9C2KC2500HRC012276																																																																																																																								
PAS/MOTOCICLE/NAO APPL				COMBUSTÍVEL: GASOLINA																																																																																																																							
HONDA/CG 110 START				ANO FAB: 2016 ANO MFG: 2017																																																																																																																							
CAP / POT:		2 P/162 /C1	CATEGORIA:	PARTIC		COR PREDOMINANTE:																																																																																																																					
I P V A	COTA UNICA:		VENC. COTA UNICA:		VENC. COTAS:																																																																																																																						
	FAIXA IPVA		00/00/0000		1 ^a																																																																																																																						
	*****		PARCELAMENTO / COTAS:		2 ^a																																																																																																																						
			0		3 ^a																																																																																																																						
PRÉMIO FAZENDÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO																																																																																																																						
*****		SEGURO	P A G O		13/09/2017																																																																																																																						
OBSERVAÇÕES: A.F ADM DE CONCEIÇÃO HONDA LTD																																																																																																																											
TOÃO PESSOA - PB				13/09/2017																																																																																																																							
41947				39217																																																																																																																							



PROCURAÇÃO

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

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

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

João Pessoa, 08 de junho de 2018.

Jeymison Yuri Menezes de Medeiros
CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA
OUTORGANTE

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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE MANGABEIRA/PB

Processo: 08080263820188152003

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JEYMISON YURI MENEZES DE MEDEIROS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente** na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e setenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MANGABEIRA, 13 de abril de 2023.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477**

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/04/2023 16:50:33
<https://pje.tjpj.rj.gov.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041716503352000000067850059>
Número do documento: 23041716503352000000067850059

Num. 71951684 - Pág. 1

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/04/2023 16:50:33
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041716503352000000067850059>
Número do documento: 23041716503352000000067850059

Num. 71951684 - Pág. 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/04/2023 16:50:33
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041716503352000000067850059>
Número do documento: 23041716503352000000067850059

Num. 71951684 - Pág. 3