



Número: **0836126-43.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição: **31/07/2017**

Valor da causa: **R\$ 13811.0**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

<b>Partes</b>	
<b>Tipo</b>	<b>Nome</b>
ADVOGADO	<b>ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO</b>
AUTOR	<b>LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO</b>
ADVOGADO	<b>FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA</b>
RÉU	<b>BRADESCO SEGUROS S/A</b>

<b>Documentos</b>			
<b>Id.</b>	<b>Data da Assinatura</b>	<b>Documento</b>	<b>Tipo</b>
89471 22	31/07/2017 11:53	<a href="#"><u>prot adm lieli jani limeira</u></a>	Outros Documentos
89471 44	31/07/2017 11:53	<a href="#"><u>adm liele jani limeira</u></a>	Outros Documentos
89471 52	31/07/2017 11:53	<a href="#"><u>adm liele jani limeira bam</u></a>	Outros Documentos
89471 69	31/07/2017 11:53	<a href="#"><u>adm lieli jani limeira despesas</u></a>	Outros Documentos
10408 388	06/11/2017 09:10	<a href="#"><u>Despacho</u></a>	Despacho

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

**OUTORGANTE:**

Nome: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO

Qualificação: Juizinha

CPF/MF: 020 364 664-94 RG: 109 7324 SSP/PB

Endereço: Rua Prof. Antônio Raquel de Farias  
Nº 12 - Tambá - João Pessoa - PB

**OUTORGADOS:** FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e  
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,  
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,  
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

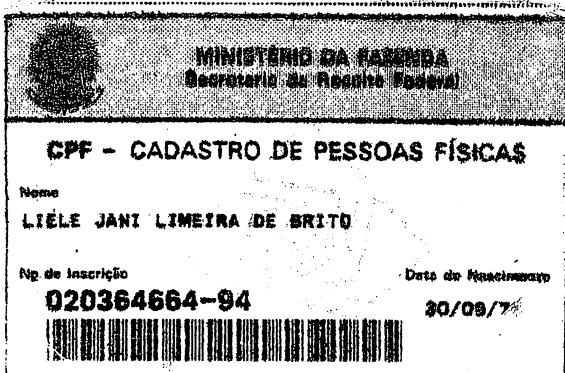
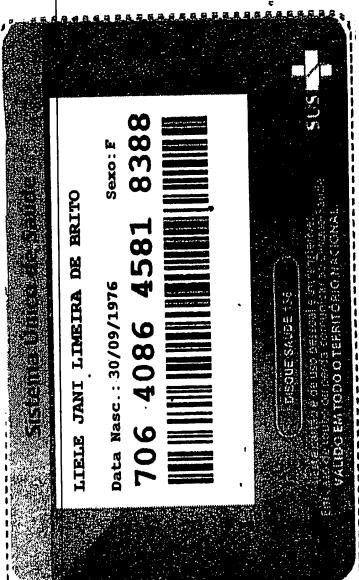
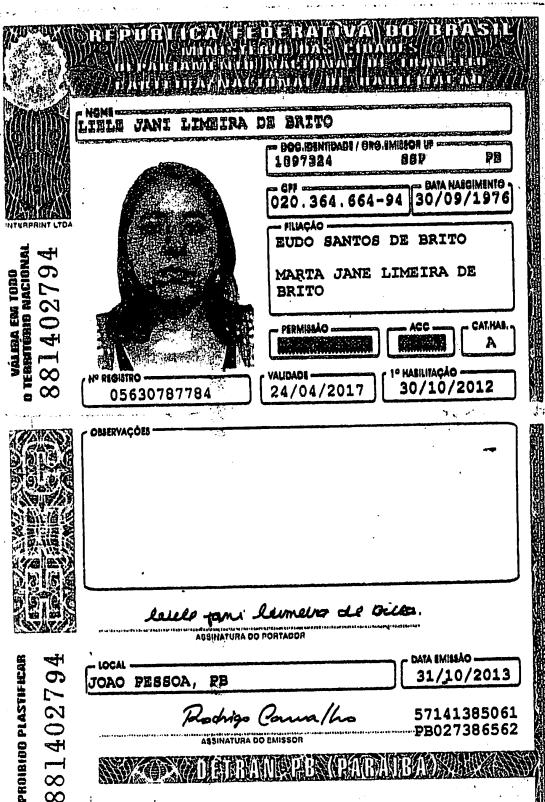
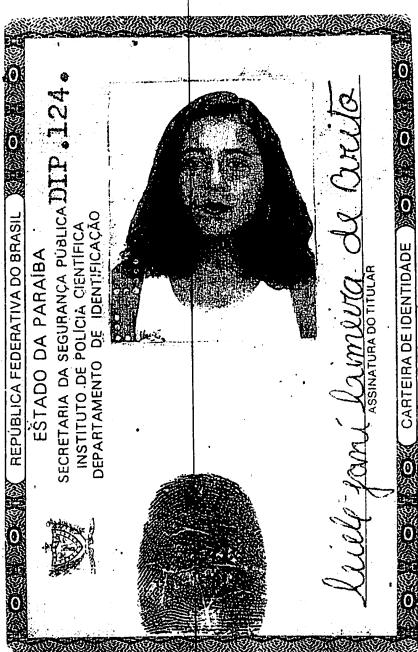
Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 20(vinte por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

**GRATUIDADE JUDICIÁRIA:**

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 30 de janeiro de 2018.

Liele Jani Limeira de Brito  
Outorgante



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0210577/17  
Vítima: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO  
CPF: 020.364.664-94      CPF de: Próprio  
Data do Acidente: 20/01/2017  
Titular do CPF: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

<b>Sinistro</b> Boletim de ocorrência Comprovação de ato declaratório Declaração de Inexistência de IML Documentação médico-hospitalar — / Documentos de identificação  <b>LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO : 020.364.664-94</b> Autorização de pagamento Comprovante de residência	
---	--

### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
  - A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.
- Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 31/05/2017 Nome: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO CPF/CNPJ: 020.364.664-94	Data: 31/05/2017 Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa CPF: 423.820.764-53
LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO	Sandra Maria Accioly Pedrosa





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

**CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA**

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de pessoas que ainda não sejam beneficiários. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU. Wile Jani Bimira de Brito

PORTADOR(A) DO RG. N° 1897-321

EXPEDIDO POR

968100

EM 36.10 3013

CPF 020 364 664 - 94 (CNPJ)

EM 31.10.2013

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO PELA  
SEGURADA DPVAT DA VÍTIMA Isabel Soane Brio AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSUMOES  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os dias úteis são de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 18h00.

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

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada, carbono, fotocópia ou de códigos de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

## NEUTRINO COUNTS

PARA CREDITO EM CONTA POUQUINHO, INDIQUE NOVAMENTE O NÚMERO DA CONTA POUQUINHO.

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/PAGAMENTO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO DA MENSAGEM.

João Pessacalde Abril

LOCAL DATA

~~ASSIMILATION~~ ~~BY~~ BENEFICIARY



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago 120 dias seguidos (penitenciária, hospital ou casa de repouso) a partir da data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas) de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares
  - Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodoflotanisuto.com.br](http://www.dpvatsegurodoflotanisuto.com.br) ou ligue para o SAC DVSAT (0800 777 11 11).



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Isaíla Jani Gimenez de Brito,  
RG nº 409.7324, data de expedição 31/10/13, Órgão SSP/PB,

CPF nº 020 364 664-94, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Prof. Antonia Raquel de Farias</u>
Número	<u>10º 12</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Tanubia</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58020675</u>
Telefone de Contato	<u>988854687</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 04 de Abril de 2017

Assinatura do Declarante: Isaíla Jani Gimenez de Brito





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



**DADOS DO ACIDENTE**

Nº BOAT 0049 - 2017		Responsável pelo Levantamento do Acidente: <b>DANILO MANOEL DA SILVA CAMPELO</b>				Posto/Graduação: <b>SD/PM</b>	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: <b>Rua Princesa Isabel / Presidente Getúlio Vargas</b>		Hora <b>06: 30</b>	Bairro <b>Centro</b>	Município: <b>João Pessoa</b>		U F <b>PB</b>	
Data/Ocorrência <b>20-01-2017</b>	Dia da Semana <b>Sexta-Feira</b>	C/S Vítima (QT) <b>Com</b>	Natureza do Acidente <b>Abalroamento</b>	Tipo de pavimento <b>Asfalto</b>	Condições/Via <b>Seca</b>	Tempo <b>Bom</b>	

Envolvidos no acidente (Quantidade) <b>02 veículos</b>			Controle do tráfego no local <b>Via de Sentido Único com Semáforo</b>				
---	--	--	--	--	--	--	--

**CONDUTOR 01**

Nome <b>Liele Jani Limeira de Brito</b>		Sexo <b>Feminino</b>	Nascimento <b>30-09-1976</b>	RG <b>1897324</b>
--	--	-------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço  
**Av. Des. Boto de Menezes, 229, Tambiá, João Pessoa PB – Tel.(083)98885-4687**

1ª Habilidade <b>30-10-2012</b>	Categoria <b>A</b>	Registro CNH N.º <b>05630787784</b>	U.F. <b>PB</b>	Ex.méd./Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>24-04-2017</b>	Usava cinto <b>Sim</b>	Usava Capacete <b>-</b>
------------------------------------	-----------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	---------------------------	----------------------------

Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Não</b>		Destino do Condutor <b>Socorrido ao Hospital</b>					
---	--	---	--	--	--	--	--

**VEÍCULO 01**

Marca <b>Honda CG</b>	Espécie <b>Motocicleta</b>	Placa <b>OFY-5109</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>João Pessoa</b>	U.F. <b>PB</b>
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário  
**Liele Jani Limeira de Brito**

Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete Nº <b>012711319859</b>	Renavan Nº <b>00568592280</b>	Data da Emissão <b>13-09-2016</b>
----------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

Defeitos  
**Nada constatado**

**VERSÃO DO CONDUTOR 01**

Condutor foi ouvido na sala do Setor de BOAT do BPTRAN no dia 07/02/2016 as 15:10 e que declarou que: Trafegava no sentido Tambiá/Jaguaribe na Via B na faixa da direita, parou devido o sinal estar fechado, esperou o sinal abrir, após o sinal ficar verde, deu saída, foi quando o V1 foi surpreendido pelo V2 que não respeitou a sinalização ocorrendo o acidente.

**CONDUTOR 02**

Nome <b>César David dos Santos</b>		Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>04-06-1963</b>	RG <b>907610</b>
---------------------------------------	--	--------------------------	---------------------------------	---------------------

Endereço  
**Rua Com. Severino Rufino da Cruz 480, Gramame, João Pessoa PB – Tel.(083)99631-7118 / 8881-6094.**

1ª Habilidade <b>03-06-1998</b>	Categoria <b>AB</b>	Registro CNH N.º <b>00682123173</b>	U.F. <b>PB</b>	Ex.méd./Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>28-08-2017</b>	Usava cinto <b>Sim</b>	Usava Capacete <b>-</b>
------------------------------------	------------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	---------------------------	----------------------------

Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Sim 0,00mg/l</b>		Destino do Condutor <b>Permaneceu no Local</b>					
--	--	---	--	--	--	--	--

**VEÍCULO 02**

Marca <b>VW-GOL</b>	Espécie <b>Automóvel</b>	Placa <b>QFW-6127</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>João Pessoa</b>	U.F. <b>PB</b>
------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário  
**César David dos Santos**

Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete Nº <b>012824920876</b>	Renavan Nº <b>01100626988</b>	Data da Emissão <b>31-10-2016</b>
----------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

Defeitos  
**Nada constatado**

**VERSÃO DO CONDUTOR 02**

Condutor declarou que: trafegava na via A, sentido Lagoa/Torre, faixa da direita, quando ao cruzar a via B, com o semáforo “amarelo”, foi surpreendido pelo V1 abalroando na lateral esquerda do seu veículo. Adianta ainda que, no momento do sinistro, sentiu-se muito nervoso e perdeu o controle do V2, vindo a conseguir parar a metros depois.

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0049 - 2015			
VÍTIMA 01			
Nome <b>Liele Jani Limeira de Brito</b>		Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>30-09-1976</b>
Endereço			
	Viajava no Veículo N° <b>01</b>	Usava Cinto	
Condição da Vítima <b>Condutor</b>	Conduzida Para <b>Hospital</b>		
CONSTATADO			
<p>Constatado quando do levantamento que: o condutor 01 foi socorrida ao Hospital Senador Humberto Lucena pelo SAMU. O V1 foi removido ao BPTran para complemento de Laudo. Informo ainda que o V1 foi retirado do local exato, por terceiros. O condutor 02 submeteu ao teste de alcoolemia e foi liberado no local, juntamente com seu veículo. O V2 conseguiu efetuar a parada 46 metros após o impacto com o V1.</p> <p>João Pessoa – PB, 04 de Fevereiro de 2017.</p> <p style="text-align: right;">Assinatura de: <i>[Assinatura]</i> Data: <b>23/02/2017</b> Assinatura: <i>[Assinatura]</i> Data: <b>23/02/2017</b></p> <p>Danilo Manoel da Silva Campelo SID PM Responsável pelo Levantamento</p>			



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



**CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT N° 0049 – 2017**

**DANOS NO V1**

Marca/Modelo: <b>Honda FAN</b>	Placa: <b>QFY-5109</b>	Responsável pelo Preenchimento: <b>Sd Silva</b>	Data: <b>20-01-2017</b>
-----------------------------------	---------------------------	--	----------------------------

**MOTOCICLETA**

**PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE**

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	x			05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro			x
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		x			Total Geral (Sim + NA)		2	

Observações:

2=DANO DE MÉDIA MONTA

**AVALIAÇÃO POR DANO:**

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA

**DANOS NO V2**

Marca/Modelo: <b>VW-GOL</b>	Placa: <b>QFW-6127</b>	Responsável pelo Preenchimento: <b>SD Silva</b>	Data: <b>20-01-2017</b>
--------------------------------	---------------------------	--	----------------------------

**AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE**

**PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE**

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo	x			12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda	x			13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda	x			14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda	x			15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais	x			16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais	x			17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda	x			18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda	x			19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda	x			20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda	x			21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo	x			22	Longarina dianteira direita		x	
Total Geral (Sim + NA)							0		

Observações:

0=DANO DE PEQUENA MONTA

**AVALIAÇÃO POR DANO:**

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 → DANO DE GRANDE MONTA

João pessoa-PB, 04 de Fevereiro de 2017.

Danilo Manoel da Silva Campelo SD PM  
Responsável pelo Levantamento

23/02/2017  
Data da Conformidade com o Original

23/02/2017

Assentado em Agosto  
Mat. 326.321-2



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



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0049/ 2017

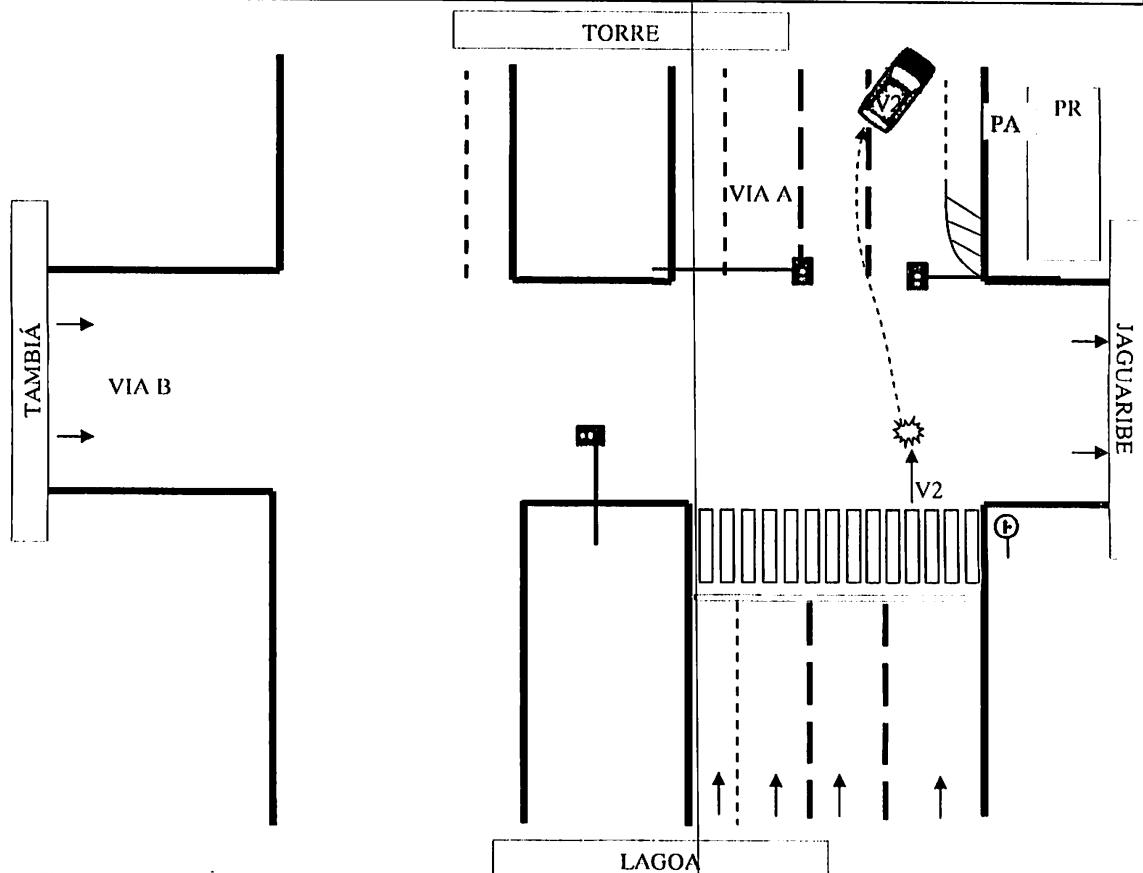
AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Getulio Vargas 15,00metros  
VIA "B" - Avenida Princesa Isabel 08,00metros

PR (Ponto de Referência) Ed. Santa Rita  
PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

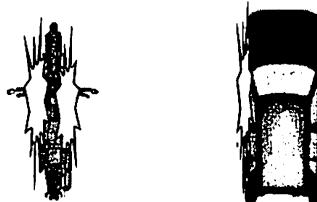
V1 (Veículo 01) Retirado do local

V2 (Veículo 02) Eixos Dianciro Dircito 01.20 e Trasciro Dircito 01.70 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDIÊCE ESCALA

AVARIAS

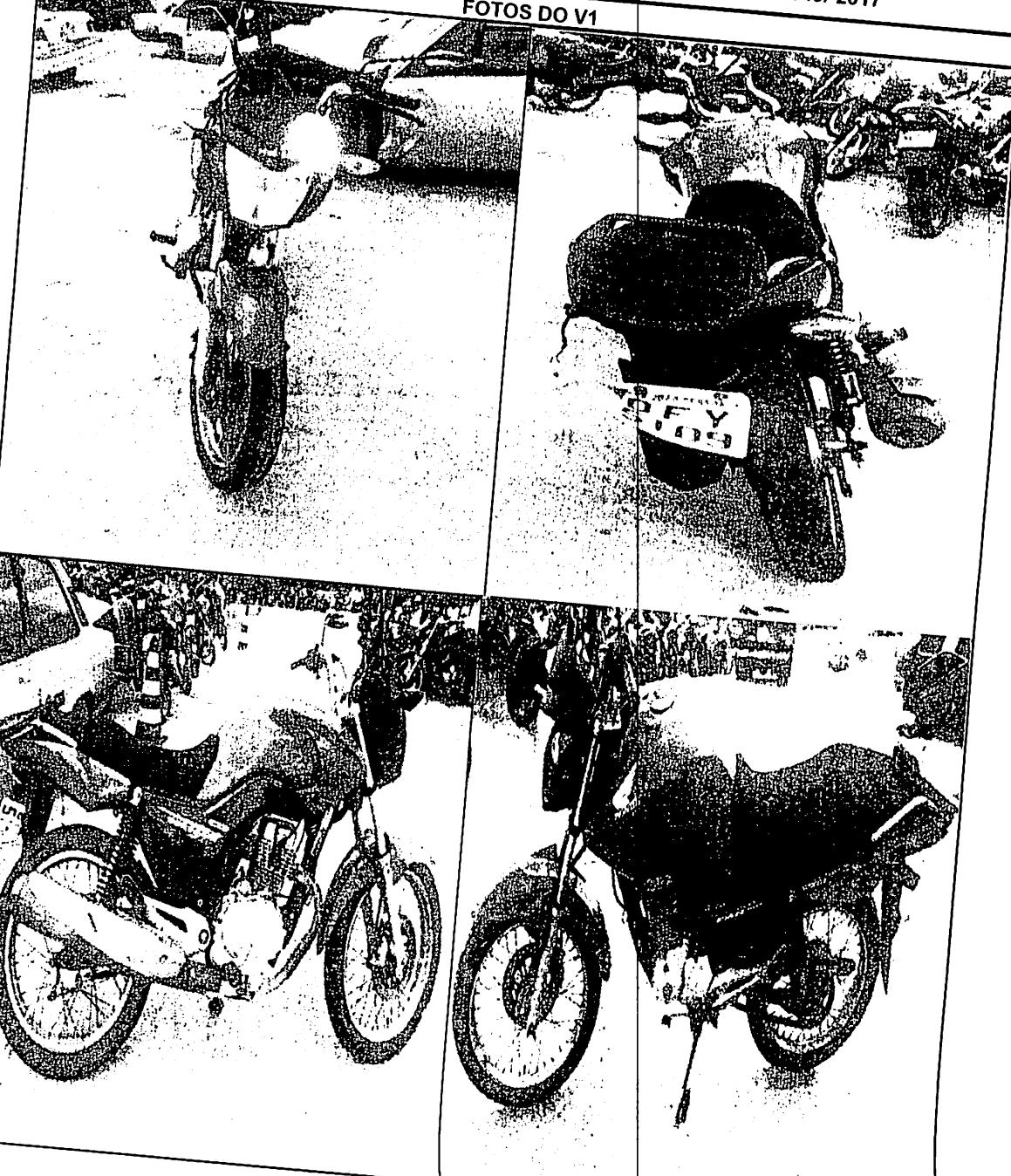


V1

V2

23/02/2017  
Danilo Manoel da Silva Campelo Sd PM  
Responsável pelo Levantamento

Danilo Manoel da Silva Campelo Sd PM  
Responsável pelo Levantamento

		<b>POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA</b> <b>COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)</b> <b>BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO</b> <b>BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT</b>	
			
<b>BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0049/ 2017</b>			
<b>FOTOS DO V1</b>			
			

Cópia de Conformeada para o Ofício

Em 23/02/2017

  
Danilo Manoel da Silva Campelo Sd PM

Responsável pelo Levantamento



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0049/ 2017

FOTOS DO V2



BOLETIM DE TRÂNSITO  
Cópia de Conformidade com o Código  
Data: 23/02/2017

Assinatura Autorizada  
Assinatura

  
Danilo Manoel da Silva Campelo Sd PM  
Responsável pelo Levantamento



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



703/00806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Atend. 192 - CEP 58053-900 - PB  
06:45:000-13

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 703/024, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1576067, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO, idade: 40 anos, Vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 20/01/2017, na Av. Pres. Getúlio Vargas, Bairro: Centro - João Pessoa - aproximadamente às 06:45 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 10 de Março de 2017.

*Jefferson da Rocha Augusto*  
Estatístico  
CRE/5 - Região 10171

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

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

HEETSHL	<b>GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA</b> <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b> <b>HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA</b>	<b>LAUDO MÉDICO</b> <b>RESUMO DE ALTA</b>
---------	--	--

NOME: <b>LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO</b>				REGISTRO/BE <b>975346</b>			
IDADE <b>40 ANOS</b>	SEXO <b>FEM</b>	COR	CLÍNICA <b>ORTOPEDIA</b>	ENFERMARIA <b>17</b>	LEITO <b>03</b>		
DATA DE ADMISSÃO <b>20/01/17</b>		DATA DA ALTA <b>29/01/17</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA			
DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO D</b>							
DIAGNÓSTICO FINAL <b>O MESMO</b>							
OUTROS DIAGNÓSTICOS							
PRINCIPAIS EXAMES: <b>EXAMES LABORATÓRIAS + RADIOLÓGICOS</b>							
CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE <b>TTO CIRÚRGICO DE FRATURA RELATADA POR DR.ROBERTO CORREA / DR. RICARDO BARROS DIA 26 / 01 / 17</b>							
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA <b>ATB+ CLEXANE</b>							
FERIDA OPERATÓRIA <b>INFECÇÃO</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA:							

CONDIÇÕES DE ALTA	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>MELHORADO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>REMOVIDO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/>	<b>CURADO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>OBITO</b>
RESUMO CLÍNICO: HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FX/ DO ÚMERO D. FO LIMPA E SECA, SEM QUEIXAS ÁLGICA IMPORTANTE NO MOMENTO. ENV PRESERVADO NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR. ORIENTADA RETORNO E SEGUIMENTO AMBULATORIAL RIGOROSO.										

<b>ORIENTAÇÕES PÓS ALTA</b>										
DIETA: <b>GERAL</b>										
REPOUSO: Relativo em casa 30 dias.										
Retorno às atividades sem esforço físico em 60 dias.										
Retorno às atividades com esforço físico leve em 90 dias, e com esforço maior em 180 dias.										
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <b>CURATIVO DIÁRIO, RETIRAR PONTOS APÓS 15 DIAS OU A CRITÉRIO DE MÉDICO ASSISTENTE, FISIOTERAPIA</b> EM CASO DE DOR, CALOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO NO LOCAL OU FEBRE. PROCURAR IMEDIATAMENTE O HEETSHL.										
MEDICAÇÕES PARA CASA: <b>CEFALEXINA, CLEXANE, ARFLEX, DEOCIL</b>										
RETORNO No ambulatório do HTOP, com Dr. <b>ROBERTO CORREA</b> em 1 semana, para seguimento ambulatorial.										
DATA <b>29/01/2017</b>										
MÉDICO RESPONSÁVEL										
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO										

Av. Orestes Lisboa, S/N, Conjunto Pedro Gondim, João Pessoa/PB

CEP: 58031-090 Fones: (83) 3216-5736 / 3216-5775



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

Receituário Médico

HEETSHL

LIELE SMU 11111024 DC 32170

LAUDO  
PACIENTE VÍTIMA DE ACCIDENTE  
COM FRACTURA DE ÚTERO (D), TROTA DO  
CIRURGIANO É PRACTA DE D11 +  
D10 EM COROA TUSCICA, TROTA DA  
CINTA AXLIERTE, PRACTO FICOU  
AFETADO AO MESTRITO P/ 90% MUS-  
TAS DIA  
CID: S42.2  
S22.0

Data: 07/02/17

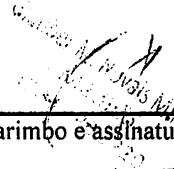
Dr. Humberto Jansen  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-78 5769

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

## RECEITÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

<b>IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE</b>	
<b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA</b>	
Rua. Orestes Lisboa. S/N, Conjunto Pedro Gondim João Pessoa, PB. CEP: 58031-090. Tel: (83) 3216-5736	

  
Carimbo e assinatura do Médico

1 via - Retenção da farmácia ou drogaria

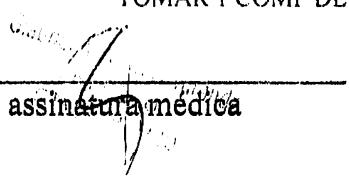
2 via - Orientação ao Paciente

PACIENTE: **LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO**  
ENDEREÇO: **RUA ANTONIA RANGEL DE FARIAS, JARDIM DAS ACÁIAS, TAMBIA, JPA-PB**

### VIA ORAL

1 TRAMADOL 100 MG ..... 2 CAIXAS  
TOMAR 1 COMPRIMIDO VO DE 12/12 HORAS POR 7 DIAS

2.CEFALEXINA500MG ..... 2 CAIXAS  
TOMAR 1 COMP DE 6/6 HORAS POR 7 DIAS

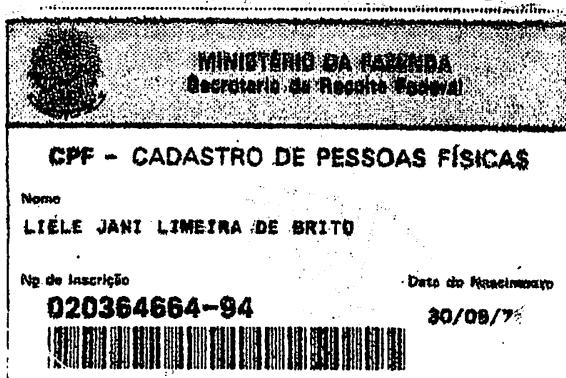
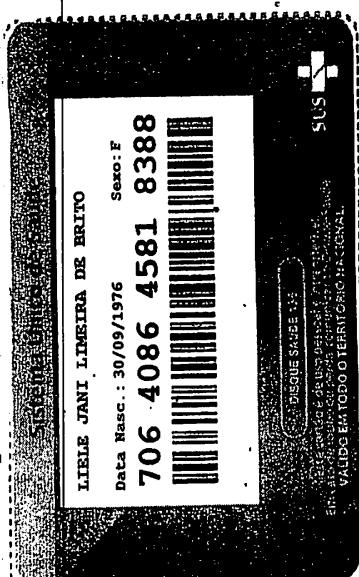
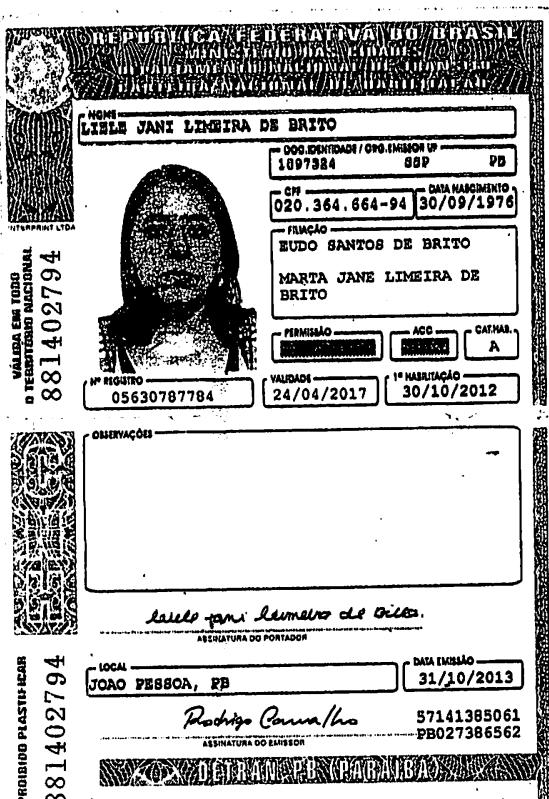
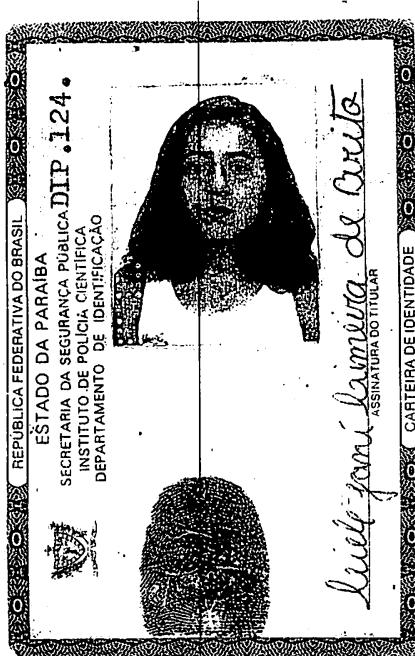
  
João Pessoa, 29/01/2017

Carimbo e assinatura médica

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME:	
IDENTIDADE:	
ENDEREÇO:	
CIDADE:	
ESTADO:	
FONE:	
	DATA: / /

Av. Orestes Lisboa, S/N, Conjunto Pedro Gondim, João Pessoa/PB

CEP: 58031-090 Fones: (83) 3216-5736 / 3216-5775





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



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Leile Jani Limeira de Brito

DATA DE NASCIMENTO 30/09/76

NOME DA MÃE Marta Jane Limeira de Brito

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 99931

BOLETIM DE ENTRADA N.º 975346

DATA DO ATENDIMENTO 20/01/17

HORA DO ATENDIMENTO 07:19

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de úmero direito

CID 10 S42.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazida pelo SAMU,vítima de acidente de moto,nega perda da consciência ou vômitos,queixa de dor em braço D e cotovelo direito,ferimento em cotovelo esquerdo,glasgow 15.Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX braço e cotovelo

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX:fratura de úmero D.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de úmero direito

ALTA HOSPITALAR: 29/01/17

DATA DA EMISSÃO: 01/06/07

  
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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 975346

GOVERNO  
DA PARAÍBA



**Identificação do paciente**

ID 1130292	Nome LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO		Sexo Feminino
Data de nascimento 30/09/1976	Idade 40 anos 3 meses 21 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe MARTA JANE LIMEIRA DE BRITO	Pai EUZO SANTOS DE BRITO		
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) EDNALDO MONTENEGRO DE ARAUJO - ESPOSO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986558244	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1897324	Nº Crs 708408645818388	UF PB
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA	Bairro BAIRRO		
Email	CBO/R		
	Naturalidade SANTA RITA		

**Endereço**

CEP 58020675	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ANTÔNIO RANGEL FARIAS
Número 12	Complemento		Bairro TAMBIA

**Admissão**

Data e Hora 20/01/2017 07:19:59	Número da pulseira 1000005621223	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

**Especialidade**

CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL
---------------	-----------------------------------

**Classificação de risco**

Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
------------------------------------	--	---------------------------------------

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
----------------------	-----------------------	---------------------------	---------------

**Meio de transporte**

SAMU	Quem transportou SAMU
------	--------------------------

**Sinais Vitais**

PA	X mmHg	P脉	Temperatura
----	--------	----	-------------

**Exames complementares**

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

D. 26/01  
NS  
RC

**Diagnóstico**

Atendido por  
IORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO

CID

Tempo  
04min 17seg

Imprimir

20/01/2017 07:21

1 de 1

Honorários

# VENHO AS ASSEMBLEAS DE  
MUNICÍPIO, COM ASSEMBLEAS DE DEPARTA-  
MENTO, BANCO (1) E AUTORIDADES (1).

# NO DESENHO: DEI VENHO BANCO (1)  
BANCO CRESPO-CAIXA (1)  
DE AUTORIDADES (1)  
MOVIMENTO FEDERATIVO.

# NO PÁX: FIZ DIFERENTES VENHO (1)

# COT: INVESTIGAÇÕES D/ MZ  
CARTAS DE  
PRESOS CONVOCADOS (1).

*Dr. MATHIAS  
CRIMINAL  
Mozaré  
P456* DA. 31000.

# Primeiro Atendimento Médico

CAIXA VERMELHA  
BRASIL

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

1000005621223 BE.: 975346  
LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO  
DT. NASC.: 30/09/1976  
NRE: MARTA JANE LIMEIRA DE BRITO  
END.: ANT. ANTONIO RANGEL FARIAS  
N. 12 - TAMB 0  
JORO PESSOA  
FONE: ()  
CELLULAR: (83) 986590244  
IDADE: 40  
DT. ENTRADA: 20/01/2017 07:19:59

### DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente com lesão pelo SAVI na face direita, com lesões nos contornos da face e capacidade de mordedura perdida. O paciente é consciente, com capacidade de comunicação. Existe dor em braço direito e contorno facial, com dor contínua. Aumenta tensão facial e dor contínua em contorno facial.

### EXAME PRIMÁRIO

AEREAIS:  Párvias  Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA:  Sim  Não

### VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA  Sim  Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA  Sem dificuldade

Com dificuldade

### VENTILAÇÃO MECÂNICA

### APNÉIA

### AUSCUTA PULMONAR:

### MURMURIO VESICULAR

<input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Presente e normal
<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Rude
<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Diminuído
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente

### RUIDOS

<input type="checkbox"/> sim	Roncos
<input type="checkbox"/> Não	HTD Sibilos
<input type="checkbox"/> sim	HTD Esteriores
<input type="checkbox"/> Não	Imp. S <sub>2</sub> / %

### EXAME NEUROLOGICO

Pupilas:  Fotoreageente

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR:  Paralisadas  Isocônicas  Anisocônicas

### MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)

Spontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Imitado (persistente)
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquéito
		Nenhuma / Nenhuma

TOTAL: 15

(diferença = mm)

### MELHOR RESPOSTA MOTORA

5	Obedece aos comandos	6
4	Localiza a dor	5
3	Retira o Membro	4
2	Flexão anormal (decorticção)	3
1	Extensão Anormal (decerebração)	2
	Nenhuma	1

F(NG).CC.001-1

**EXAME SECUNDÁRIO**
**ALERGIA:**  Não  Sim

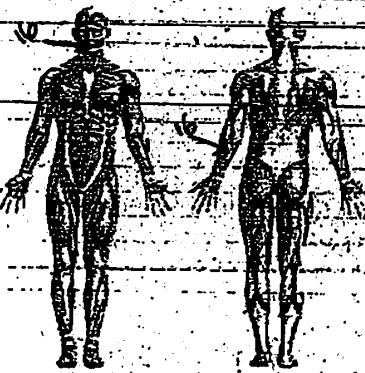
**MEDICAMENTOS:**  Não  Sim

**IMUNIZAÇÃO:**  Não  Sim

**PATOLOGIA:**  Não  Sim

**ALIMENTOS INGERIDOS:**  Não  Sim

**LOCAL DA LESÃO**

 Identifique o local com o número  
correspondente ao lado


1. Ameiço
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contuso
5. Fractura
6. Dor
7. Edema
8. Empaixamento
9. Erosão subcutânea
10. Estrangulamento
11. Equinose
12. F. Ama Branca
13. F. Ama de Fogo
14. F. Contuso
15. F. Contante
16. F. Conto-Contuso
17. F. Perfuro-Contuso
18. F. Perfuro-Contante
19. Fratura Óssea Fechada
20. Fratura Óssea Aberta
21. Hematoma
22. Inurgitamento Nervoso
23. Lacerção
24. Lesão Tendínea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorrágia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

**OBS.:**
**QUEIMADURA:**

 Superfície corporal lesada (regra da palma%) % Graus de queimadura:  1º grau  2º grau  3º grau

**EXAMES SUPLEMENTARES:**

- Radiografias *coluna + articulações*  
 Ultrassonografia (FAST) *coluna, lombos*  
 Tomografia computadorizada

- Laxante peritoneal  
 Gasometria arterial  
 Tipagem sanguínea

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS:**

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	<i>1º atendimento</i>		
2	<i>Exame</i>		
3	<i>Piperacil 100mg + 100mg RM 30g/500ml EV</i>		
4	<i>DOBUTAMINA 0,05mpf 100ml EV</i>		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO**

 Solicito parecer da *OPTOP* *20/04/17*

Solicito parecer da

- Centro cirúrgico  
 Transferência (unidade de saúde)  
 Internado (setor)

- Alta hospitalar  Decisão médica  
 Óbito  Até 48 hs.  Após 48 hs.

HORAS:

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

F(NG)EE.001-1



## AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

## B.E. PRONTUÁRIO

1500005621223 BE.: 975346  
 LÍELLE JANE LIMEIRA DE BRITO  
 DT. NASC.: 18/09/1976  
 NRE: MARIA JANE LIMEIRA DE BRITO  
 END.: ANTONÍIO RANGEL FARIAS  
 N. 12 - TAMBI U  
 JOAO PESSOA  
 PONTE: (03) 988550244  
 CELULAR: (83) 988550244  
 ZDRE: 40  
 DT. ENTRADA: 20/01/2017 07:19:58

DATA:	DATA:
NOME DO PACIENTE:	
PROCEDÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Ambulância de resgate <input type="checkbox"/> Ambulância de triagem <input type="checkbox"/> Policia <input type="checkbox"/> Ambulância de resgate <input type="checkbox"/> Ambulância de triagem <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Incêndio <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Lacerado <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Outros
TIPO DE ACIDENTE:	<input type="checkbox"/> Fratura fechada <input type="checkbox"/> Fractura aberta <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Outros
TIPO DE LESÃO:	<input type="checkbox"/> Fratura fechada <input type="checkbox"/> Fractura aberta <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Outros
LOCAL DA LESÃO:	<input type="checkbox"/> Membro sup. <input type="checkbox"/> Membro inf. <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Outros
DADOS CLÍNICOS (sintomas):	
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:	
EXAME FÍSICO	PA: _____ P: _____ F: _____ Sintomas: _____ Síntese: _____ Anamnese: _____
Sistema Neurológico:	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Incômodo <input type="checkbox"/> Desconforto <input type="checkbox"/> Síntese: <input type="checkbox"/> Incômodo <input type="checkbox"/> Desconforto <input type="checkbox"/> Anamnese: <input type="checkbox"/> Incômodo <input type="checkbox"/> Desconforto
Nível de Consciência:	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Incômodo <input type="checkbox"/> Desconforto <input type="checkbox"/> Síntese: <input type="checkbox"/> Incômodo <input type="checkbox"/> Desconforto <input type="checkbox"/> Anamnese: <input type="checkbox"/> Incômodo <input type="checkbox"/> Desconforto
Avaliação das pupilas:	<input type="checkbox"/> Pupilas normais <input type="checkbox"/> Pupilas dilatadas <input type="checkbox"/> Pupilas mióticas <input type="checkbox"/> Pupilas regulares <input type="checkbox"/> Pupilas dilatadas <input type="checkbox"/> Pupilas mióticas <input type="checkbox"/> Pupilas anormais <input type="checkbox"/> Pupilas dilatadas <input type="checkbox"/> Pupilas mióticas
Sistema Respiratório:	<input type="checkbox"/> Ventrilhado normal <input type="checkbox"/> Ventrilhado anormal <input type="checkbox"/> Trepocostônia <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa
Sistema Circulatório:	<input type="checkbox"/> P脉 normais <input type="checkbox"/> P脉 lentos <input type="checkbox"/> P脉 rápidos <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outros
Sistema Digestório:	<input type="checkbox"/> HDA <input type="checkbox"/> Uso de SNG <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial <input type="checkbox"/> HDB <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Corporexame <input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Exames <input type="checkbox"/> Rápido abdômen <input type="checkbox"/> Distensão abdominal
Sistema Genito-urinário:	<input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Polidipsia <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Infecções <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Especificar: _____
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:	<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Corporexame <input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Exames <input type="checkbox"/> Rápido abdômen <input type="checkbox"/> Distensão abdominal
USO DE MEDICAÇÃO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar: _____
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:	
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:	PACIENTE DEU ENTRADA COM NOSCA J.M.DADE, CONSCIENTE, ORIENTADA, APRESENTA PEQUENO CORTES NO LARVOS + LACERAÇÃO PROFUNDA EM AUTOMÓVEL
DESTINO:	ENFERMEIRO: <u>Enfermeiro</u> COREME: <u>259827</u> F(NC) ENF.022



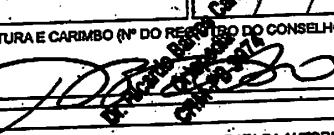
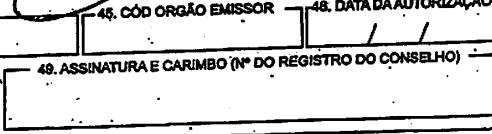
## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

**CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA**

Nome do paciente

## BE/PRONTUÁRIO

1655886821283 BE.: 976346  
LIBLE JANI LIMEIRA DE BRITO  
DT. NASC.: 30/09/1976  
MAB: MARTA JANE LIMEIRA DE BRITO  
END.: RNT ANTONIO RANGEL FARIAS  
N. 12 - TANISI U  
JOAO PESSOA  
FONE: ()  
CELULAR: (83) 886588244  
IDADE: 40  
DT. ENTRADA: 29/01/2017 07:19:59

 <b>Sistema Único de Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		<b>2 - CNES</b>	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <input type="text"/>		4 - CNES <input type="text"/>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <input type="text"/>			
<b>Identificação do Paciente</b>		<b>8 - N° DO PRONTUÁRIO</b>	
5 - NOME DO PACIENTE <i>Suelenani Soumeira de Brito</i>		975346	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <input type="text"/>		<b>9 - SEXO</b> Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <input type="text"/>		<b>11 - TELEFONE DE CONTATO</b> N° DO TELEFONE <input type="text"/>	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <input type="text"/>			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <input type="text"/>		14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO <input type="text"/>	
		15 - UF <input type="text"/>	
		16 - CEP <input type="text"/>	
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>			
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR <input type="text"/>		19 - CÓD PROCEDIMENTO - ANTERIOR <input type="text"/>	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA <input type="text"/>		21 - CÓD PROCEDIMENTO - MUDANÇA <input type="text"/>	
22 - DIAGNÓSTICO GERAL <input type="text"/>		23 - CID 10 PRINCIPAL <input type="text"/>	
		24 - CID 10 SECUNDÁRIO <input type="text"/>	
		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <input type="text"/>	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <input type="text"/>		27 - CÓD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <input type="text"/>	
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 <input type="text"/>		30 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/>	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/>		33 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/>	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/>		36 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/>	
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b> <i>Santos - Dr. José Kuchmire - 415-01  B. BRUN - agulha de paleto n: 25-01</i>			
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>			
39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="text"/>		40. DATA DA SOLICITAÇÃO <input type="text"/>	
41. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="text"/>		42. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="text"/>	
43. ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 		44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="text"/>	
47. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="text"/>		48. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="text"/>	
49. ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 		45. CÓD. ÓRGÃO EMISSOR <input type="text"/>	
		46. DATA DA AUTORIZAÇÃO <input type="text"/>	



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

REC-001

Nome: Lívia Jani Lameira de Britto BE/Prontuário: 915346  
Idade: 40 Sexo: (  ) Masculino (  ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 26/01/2017  
Clínica/Setor: Tronco e membros EMP: 17 LR: 03  
Cirurgia: Intervento cirúrgico de fixar náilon de órtese  
Cirurgião: Dr. Roberto C. Lima  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dra. Mariana  
Tipo de Anestesia: B.P.B.D Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Procedimento Cirúrgico		CID
<u>Fratura do pé no transverso do tornozelo</u>		

Procedimento Cirúrgico		Código
<u>Intervento cirúrgico de fixar náilon de órtese</u>		

Acidente durante Ato Cirúrgico: (  ) Sim (  ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: (  ) Sim (  ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Dr. Ricardo Barros Cardoso  
Ortopedia  
CRM: 192-00274

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 26/01/2017

F(NG).ASCIR.009-1



CHICAGO  
WORLD'S FAIR  
EXHIBITION

NURSING CARE PRACTICES

ମେଟାମ୍ବି

EN13171-2:2010

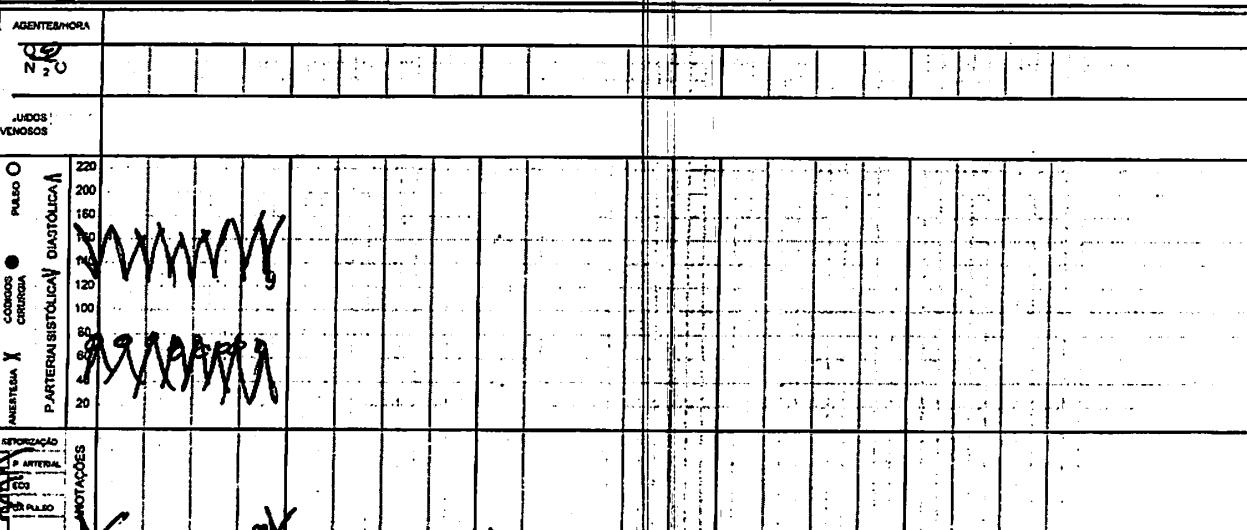
## FICHA DE ANESTESIA

DATA 26/11/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: ELIEGE JANI LIMA Bento SEXO: F COR: BR IDADE: 40

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO 75	RESPIRAÇÃO EUP	TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUINEO
ESTADO GERAL ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	RISCO CIRURGICO (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO			
EXAMES COMPLEMENTARES	VPM DENTRO DA NORMA H.D.E			
AP. RESPIRATÓRIO	MV 0 SR 1		AP. CIRCULATÓRIO	R.L 21 515
AP. DIGESTIVO	JEJUN	ESTADO MENTAL	DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO	URIDAZOLAM		ESTADO FÍSICO (ASA)	
DOSE/HORA				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	TORTA INFILTRAÇÃO DE CERRO			
CIRURGIA REALIZADA	TRAT. CIR. FISTULA DE CERRO			
CIRURGÃO DR. M. CARDOO	AUXILIARES DR. ROSSATO			
INÍCIO DA ANESTESIA 7:30	TÉRMINO DA ANESTESIA 8:25	DURAÇÃO DA ANESTESIA	55 min	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$		
ANESTESISTA	CPF	CRM-PB		



ANESTÉSICO GERAL  RAQUIDANA  EPIDURAL  BLOQ. PLEXO  BLOQ. NERVOS  OUTROS

1300000 FONTEIRAS CALÉNICO

JUDOS Volume em ml MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

OSE	1	URIDAZOLAM 50 mg
NACL	2	FENTANIL 50 mcg
SANGUE	3	NOVACUP 400 mg 40 ml
RINGER	4	CEFAZOLINA 200 mg
TOTAL	5	DEXASCHOT 50 mg
DESTINO DO PACIENTE	6	
<input type="checkbox"/> APT*	7	
<input type="checkbox"/> UTI	8	
<input type="checkbox"/> OUTROS	9	
	10	

OBSERVAÇÕES IMPORTAIS

- PACIENTE COM D.D.H. CONSITOUZADA  
ANTISSISTOLICAMENTE ALCOOL 70% REGIÃO CERVICAL  
PUNÇÕES INTRODURAS CALÉNICAS COM AGULHA  
A 25% + ESTIMULADOR DE NERVOS  
INJETADA 100 mg 3

ASSINATURA DO ANESTESTISTA:

F.(NG)ASCR.028-1

Dra. Marília Xanier J. Tavares  
Médica CRM-PB 10180



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

BRITISH

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<p>(1) Paciente em decúbito dorsal, em mesa curva, los bloques de apoio posicionados entre os ombros e a cintura.</p> <p>(2) Ovaros em fricção, fôrmas e fôrmas cláscicas, PDR, S.R. e S. School à 80.</p>
Incisão:	<p>(3) Desenho e posicionamento dos pontos operatórios.</p> <p>(4) Fechamento das incisões incluindo os cartilhos nos horizontais e interrupção da integridade da pele e do tecido subcutâneo.</p> <p>(5) Fim da operação com suturas e resultados.</p>
Achados:	<p>Leve edema.</p> <p>Controle da hemorragia.</p> <p>Fechamento.</p> <p>Dirigido ao confeccionamento.</p>
Sondaria:	<p>(1) Drenos curtos.</p>
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:

João Pessoa, 26/01/2017

FONG), ASCIR, 009-1



**RECEITÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE**  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA**  
**SENADOR HUMBERTO LUCENA**

Rua. Orestes Lisboa, S/N, Conjunto Pedro Gondim  
João Pessoa, PB. CEP: 58031-090. Tel: (83) 3216-5736

*Carimbo e assinatura do Médico*

1 via - Retenção da farmácia ou drogaria

2 via - Orientação ao Paciente

PACIENTE: **LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO**  
ENDEREÇO: **RUA ANTONIA RANGEL DE FARIAS, JARDIM DAS ACÁIAS, TAMBIA, JPA-PB**

**VIA ORAL**

1 TRAMADOL 100 MG ..... 2 CAIXAS  
TOMAR 1 COMPRIMIDO VO DE 12/12 HORAS POR 7 DIAS

2. CEFALEXINA 500MG ..... 2 CAIXAS  
TOMAR 1 COMP DE 6/6 HORAS POR 7 DIAS

*Carimbo e assinatura médica*  
João Pessoa, 29/01/2017

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME:	
IDENTIDADE:	
ENDEREÇO:	
CIDADE:	
ESTADO:	
FONE:	
	DATA: / /

Av. Orestes Lisboa, S/N, Conjunto Pedro Gondim, João Pessoa/PB

CEP: 58031-090 Fones: (83) 3216-5736 / 3216-5775

EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.  
 IM:00000000000000  
  
 CNPJ: 06626253011358 I.E: 161165087  
 Pca 1817, 58 - Centro, JOÃO PESSOA  
 - PB

DANFE NFC - e Documento Auxiliar  
 da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica  
 Não perca aproveitamento de crédito de ICMS

#ICOD	DESCR	QTD	UN	VAL UNIT R\$	TOT ITEM R\$
1	26999 SONRISAL CPD ENV/2	1	EV	x1.51	1.51
De:	1,64	Par:	1,51		
2	26999 SONRISAL CPD ENV/2	1	EV	x1.51	1.51
De:	1,64	Par:	1,51		
3	04336 TRAMAL RETARD 100MG CP/10 P/A2	1	CX	x101.41	101.41
De:	101.41	Par:	81,13		
Desconto					-20,28
4	04336 TRAMAL RETARD 100MG CP/10 P/A2	1	CX	x101.41	101.41
De:	101.41	Par:	81,13		
Desconto					-20,28
5	190128 CEFAXELINA 500MG CPD/10 GN-EMS +	1	UN	x27.37	27.37
De:	27,37	Par:	16,15		
Desconto					-11,22
6	190128 CEFAXELINA 500MG CPD/10 GN-EMS +	1	UN	x27.37	27.37
De:	27,37	Par:	16,15		
Desconto					-11,22
7	151122 CEFAXELINA 500MG CPD/8 GN-EMS +	1	CX	x23.23	23.23
De:	23,23	Par:	15,10		
Desconto					-8,13
QTD. TOTAL DE ITENS 7					
VALOR TOTAL R\$ 212,68					
Cartão de Débito 142,68					
Dinheiro 70,00					
CLIENTE: 1.5208.307-19					
VOCÊ ECONOMIZOU: R\$ 71,99					
Cartão: R\$ 142,68 (REDESHOP CIELO)					
Operador: 75278 Vendedor: 21720					
Irib aprox R\$:15,31 Fed e R\$:0,00 Est e R\$:0,00 Mun					
Fonte: IBPT c67913					
Obrigado e Volte Sempre.					
Número 000055765 Série 017 Emissão 30/01/2017 17:00:32					
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em					
<a href="http://www.receita.pb.gov.br/nfce">http://www.receita.pb.gov.br/nfce</a>					
CHAVE DE ACESSO					
2517 0106 6262 5301 1358 6501 7000 0557 6510 0006 2326					
CONSUMIDOR					
CPF: 02036466494 LIELE JAHY LIMEIRA DE BRITO					
Consulta via Leitor QR Code					



Protocolo de Autorização: 325170021951063  
 30/01/2017 17:00:36



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## Receituário Médico

P/ LIEZE SAM LINE(121)

100

HEETSHL

LOCALIZAÇÃO:  
COLTE  
\* SERTANEJO

\* TIPO A

TIPO Amarelo

Data: 07/02/17

Dr. Umberto Jair  
CRM-PB 399  
Ortopedia e Traumatologia

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



REDE  
MAESTRO  
COMPROV: 247436242 VALOR: 54,00  
ESTAB:024291790 HOSHED  
07.02.17-16:47:14 TERN:PV970522/019925  
CARTAO: xxxxxxxxxxxxxxxx8542  
AUTORIZACAO: 948567  
AROC:9106B3EE271F8005  
TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE  
USO DE SENHA PESSOAL.

CUPOM: 00000000000003021 MAC: 5313  
NSU\_CPF: 019925 LOJA: 0001 PDV: 100  
[www.buttar.com.br](http://www.buttar.com.br)



ANGELO BARROS ESTEVEZ EIRELI  
CNPJ:02147582000169 IE: 161102429  
AV. GENERAL OSORIO 141 CENTRO-JOAO PESSOA-PB  
Fone: 3214-5555

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

COD | REF | DESC | QTD | UN | VL UNIT | ST | VL TOTAL

1054426TIPOIA ESTABILIZADORA ESTOFADA H 1,000und X 54,000 II 54,00

QTD. TOTAL DE ITENS	1,000
VALOR TOTAL R\$	R\$ 54,00
VALOR A PAGAR R\$	R\$ 54,00
FORMA DE PAGAMENTO	VALOR PAGO
CARTAO	R\$ 54,00

Trib aprop R\$: 2,27 Fed. \$,72 Est e 0,00 Mun  
Fonte: IBPT/FECOMERCIO (667eq)

EMISSAO NORMAL

Número: 3021 Série: 1 Emissão: 07/02/2017 15:47:28  
Consulte pela Chave de Acesso em [www.receita.pb.gov.br/nfce](http://www.receita.pb.gov.br/nfce)  
2517 0202 1475 8200 0169 6500 1000 0030 2119 7311 7421  
Protocolo de Autorização: 325170027933527 07/02/2017 15:47:28

CONSUMIDOR CPF: 02036466494  
NONE: LIELE JANI LINEIRA DE BRITO  
END: RUA DESEMBORGADOR BOTO DE MENEZES,, 229  
TANBIA

Consulta via leitor de QR Code



PV: 0000254386  
QPDV NFC-e 6.05.12.00



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## Receituário Médico

11626 JAN 2014

100

R uso avr

① ALGINAC 1000  
TOM 01 CP 818

Data: 07/02/17

Dr. União  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PB 5769

Médico - CRM

P(NG),CC,002-1



ELYMED COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS E PERFUMARIA LTDA.

CNPJ 07.764.196/0001-30

AV. VISCONDE DE PELOTAS, 161 CENTRO JOÃO PESSOA

CEP 58013-000 FONE: 3222-1726

## RECIBO

Recebemos da SR<sup>a</sup> LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO . CPF 02036466494. RG 1897324, a importância de R\$ 44,32 (QUARENTA E QUATRO REAIS E TRINTA E DOIS CENTAVOS.), referente à compra de Medicamentos, conforme cupom fiscal nº 229035 Pelo qual dou plena e total quitacão.

JOÃO PESSOA 07/02/2017

07.164.196/0001-30  
ELYMEI COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS  
E.P.  
Varjão dos medicamentos  
Rua Visconde de Pelotas, nº 164  
CNPJ: 11.111.111/0001-52

CONSUMIDOR NA IDENTIFICAÇÃO



Endereçamento: MARIA HELENA DA SILVA GUERRA - 22915-000  
Endereço: Federal 12-774/12 - Centro  
Bairros: Incidentes Lei  
Data: 11.21



**Poder Judiciário da Paraíba  
16ª Vara Cível da Capital**

**PROCEDIMENTO COMUM (7)0836126-43.2017.8.15.2001**

**AUTOR: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO**

**RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A**

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

João Pessoa/PB, 25 de outubro de 2017