



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**

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

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
8947122	31/07/2017 11:53	<a href="#">prot adm lieli jani limeira</a>	Outros Documentos
8947144	31/07/2017 11:53	<a href="#">adm liele jani limeira</a>	Outros Documentos
8947152	31/07/2017 11:53	<a href="#">adm liele jani limeira bam</a>	Outros Documentos
8947169	31/07/2017 11:53	<a href="#">adm lieli jani limeira despesas</a>	Outros Documentos
10408388	06/11/2017 09:10	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO

Qualificação: Married

CPF/MF: 020 364 664 94 RG: 10973 24 SSP/PB

Endereço: Rua Profa. Antonia Raquel de Farias  
Nº 12 - Tanquia - 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 junho de 2017.

Liele Jani Limeira de Brito  
Outorgante

REGISTRO 1.897.324 DATA DE 30.06.1993.  
GERAL EXPECÇÃO  
NOME LILEE JANI LIMEIRA DE BRITO  
FILIAÇÃO Eudo Santos de Brito  
Marta Jane Limeira de Brito  
Santa Rita PB. 30.09.1976.  
RAI RALDOSE DADA DE NASCIMENTO  
DOE ORIGEM Cert. Nasc. 3155. Fls230. Liva3.  
Cartão Santa Rita PB.  
CPF  
Jodo Pessoa - p8  
REV ASSINATADO DIRETOR  
LEIN 7116 DE 290883

		<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO PASTELARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NGM1 <b>LEILÃO JANI LIMEIRA DE BRITO</b>		DOO. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR LP 1897324      887      PB	
		CPF 020.364.664-94      DATA NASCIMENTO 30/09/1976	
FILIAÇÃO EUDO SANTOS DE BRITO MARTA JANE LIMEIRA DE BRITO		PERMISSÃO ACC CAT. HAB. A	
Nº REGISTRO 05630787784		VALIDADE 24/04/2017      1ª HABILITAÇÃO 30/10/2012	
OBSERVAÇÕES			
<p style="text-align: center;"><i>leilão jani limeira de Brito.</i></p> <p style="text-align: center;">ASSINATURA DO PORTADOR</p>			
LOCAL JOAO PESSOA, PB		DATA EMISSÃO 31/10/2013	
Assinatura: <i>Rodrigo Carneiro</i>		57141385061 PB027386562	
ASSINATURA DO EMISSOR			
<b>DETRAN - PB (PARAIBA)</b>			

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 881402794

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 881402794


**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria do Rendimento**

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**


Nome  
**LIÉLE JANI LIMEIRA DE BRITO**

Nº de inscrição  
**020364664-94**

Data de Nascimento  
**30/09/74**



**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**

**Sinistro**

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar — /  
Documentos de identificação

**LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO : 020.364.664-94**

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**

Data: 31/05/2017  
Nome: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO  
CPF/CNPJ: 020.364.664-94

**Responsável pelo recebimento na seguradora**

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 terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Iselle Jone Almeida de Brito

PORTADOR(A) DO RG-Nº 1897324

EXPEDIDO POR

SSP/PB

EM 31.10.2013

CPF 020364664-94 /CNPJ

PROFISSÃO autônoma

E RENDA MENSAL DE R\$ 1,5 M ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Iselle Jone A. de Brito

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que 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 identificação, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Benefício;
- 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 ao 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 depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada ou com cópias coloradas escritas à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com o código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0002273

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

Iselle Jone Almeida de Brito de 2017  
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, independentemente da data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das lesões de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800 000 000.



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Isaete Sane Lima de Brito,

RG nº 609.7324, data de expedição 31/10/13, Órgão SSP/PB,

CPF nº 020364664-94, 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 Profo. Antonia Rangel de Farias</u>
Número	<u>Nº 12</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Tambora</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: Isaete Sane Lima de Brito







POLÍCIA 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 <b>0049 - 2017</b>	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 <b>Av. Des. Boto de Menezes, 229, Tambiá, João Pessoa PB – Tel.(083)98885-4687</b>							
1ª Habilitação <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 <b>Liele Jani Limeira de Brito</b>					
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 <b>Rua Com. Severino Rufino da Cruz 480, Gramame. João Pessoa PB – Tel.(083)99631-7118 / 8881-6094.</b>							
1ª Habilitação <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>					

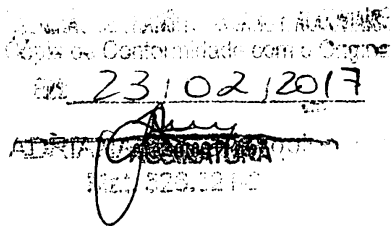
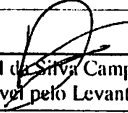
**VEÍCULO 02**

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 <b>César David dos Santos</b>					
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 Nº 0049 - 2015 B			
<b>VÍTIMA 01</b>			
Nome <b>Liele Jani Limeira de Brito</b>		Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>30-09-1976</b>
Endereço			
		Viajava no Veículo Nº <b>01</b>	Usava Cinto
Condição da Vítima <b>Condutor</b>		Conduzida Para <b>Hospital</b>	
<b>CONSTATADO</b>			
<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> <div style="text-align: right;">             23/02/2017            ADRIANA C. S. COUTINHO            121.529.121-0         </div>			
 Danilo Manoel de Silva Campelo SD PM Responsável pelo Levantamento			



POLÍCIA 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 Nº 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		Avaliação			Item		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		Avaliação			Item		Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assolho 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	Assolho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assolho 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.

Daniilo Manoel da Silva Campelo SD PM  
Responsável pelo Levantamento

COPIA DE CONFORMIDADE COM O ORIGINAL

23/02/2017

Assinatura do Agente  
Det. 520.327-4



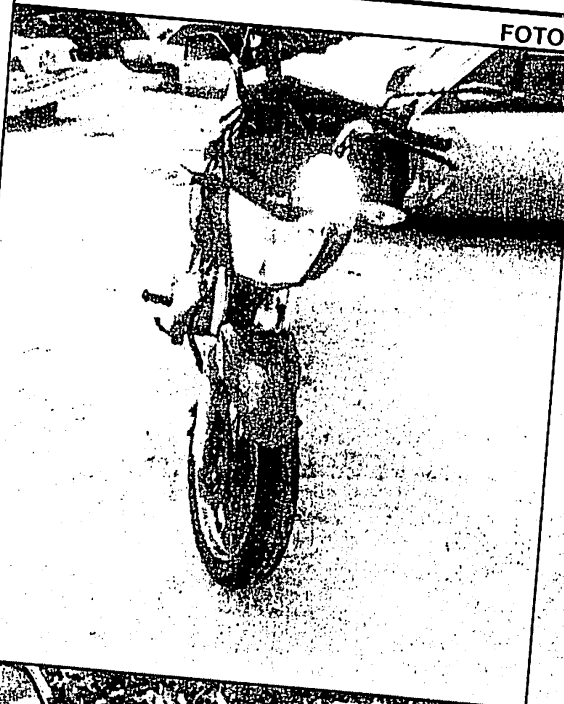


POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0049/ 2017

FOTOS DO V1



Cópia de Confirmação de Origem

EM 23/02/2017

ANALISTA DE TRÂNSITO

Danilo Manoel da Silva Campelo Sd PM  
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA 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 URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original

EM 23 / 02 / 2017

ASSINADO ELETRONICAMENTE

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



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

## 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  
CREP 10171

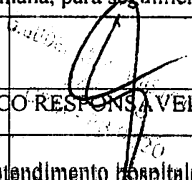
Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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

HEETSHL	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCEA		LAUDO MÉDICO RESUMO DE ALTA	

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 UMEROS D</b>				CID-10	
DIAGNÓSTICO FINAL <b>O MESMO</b>				CID-10	
OUTROS DIAGNÓSTICOS				CID-10	
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>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA <b>ATB+ CLEXANE</b>					
FERIDA OPERATÓRIA <b>INFECÇÃO</b>		<b>SIM</b>	<b>X</b>	<b>NÃO</b>	COLETA DE MATERIAL
					<b>SIM</b>
					<b>X</b>
					<b>NÃO</b>
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					

CONDIÇÕES DE ALTA	<b>X</b>	<b>MELHORADO</b>	<b>REMOVIDO</b>	<b>A PEDIDO</b>	<b>CURADO</b>	<b>OBITO</b>
RESUMO CLÍNICO: HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FX/ DO UMEROS D. FO LIMPA E SECA, SEM QUEIXAS ÁLGICA IMPORTANTES 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 <b>30 dias.</b>	
Retorno às atividades sem esforço físico em <b>60 dias.</b>	
Retorno às atividades com esforço físico leve em <b>90 dias.</b> e com esforço maior em <b>180 dias.</b>	
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.	
<b>DATA</b> <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





## Receituário Médico

LIELE SANTI LIMA DE BRITO

LAUDO:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTAMENTO  
COM FRATURA DE ÚMERO (D), TRATADO  
CIRURGICAMENTE E FRATURA DE D11 +  
D10 EM CORONA TUSACA, TRATADA  
CONSERVADORAMENTE, PREVENDO FICAR  
AFETADO DO MEMBRO P/ 90 (MUV-  
TA) OIA)

CID: S42.2.  
S22.0

Data: 07/02/17

Dr. Umberto Jansen  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 5189

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

## RECEITÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

**HOSPITAL DE EMERGENCIA 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 ACÁCIAS, 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

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

REGISTRO 1.897.324  
 NOME LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO  
 DATA DE EXPEDIÇÃO 30.06.1993  
 FILIAÇÃO EUDO SANTOS DE BRITO  
 MARTA JANE LIMEIRA DE BRITO  
 Santa Rita PB.  
 DATA DE NASCIMENTO 30.09.1976  
 DDC ORIGEM Cert.Nasc.3155.Fls230.LIVA3.  
 Carteira Santa Rita PB.  
 João Pessoa - PB  
 ASSINATURA DO DIRETOR  
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DA PARAIBA  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
 DIP.124.  
 ASSINATURA DO TITULAR  
 LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO  
 CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 NOME LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO  
 CPF 020.364.664-94  
 DATA NASCIMENTO 30/09/1976  
 FILIAÇÃO EUDO SANTOS DE BRITO  
 MARTA JANE LIMEIRA DE BRITO  
 Nº REGISTRO 05630787784  
 VALOR 24/04/2017  
 1ª HABITAÇÃO 30/10/2012  
 OBSERVAÇÕES  
 ASSINATURA DO PORTADOR  
 LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO  
 LOCAL JOÃO PESSOA, PB  
 DATA EMISSÃO 31/10/2013  
 ASSINATURA DO EMISSOR  
 57141385061  
 PB027386562  
 PROIBIDO PLASTIFICAR  
 881402794

SUS  
 LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO  
 Sexo: F  
 Data Nasc.: 30/09/1976  
 706 4086 4581 8388  
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
 SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL  
 CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS  
 Nome LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO  
 Nº de Inscrição 020364664-94  
 Data do Nascimento 30/09/76



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

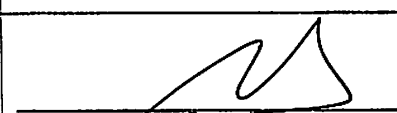
### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de úmero D.

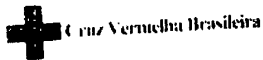
### TRATAMENTO:

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



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 975346



### Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1130292	LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO	Feminino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
30/09/1976	40 anos 3 meses 21 dias	CASADO(A)
Mãe	Religião	Prontuário
MARTA JANE LIMEIRA DE BRITO	NAO INFORMADA	
Escolaridade	Pai	
NAO INFORMADO	EUDO SANTOS DE BRITO	
DDD Móvel	Responsável (Parentesco)	
83	EDNALDO MONTENEGRO DE ARAUJO - ESPOSO(A)	
Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
986558244		
Tipo documento	Nº Cns	
RG (IDENTIDADE)	706408645818388	
Local de procedência	Tipo	UF
CENTRO / JOAO PESSOA	BAIRRO	PB
Email	CBO/R	

### Endereço

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

### Admissão

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

Especialidade	Clinica
CLINICA GERAL	CLINICA TRAUMA E GERAL
Classificação de risco	Origem do paciente
	RUA

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

### Indicadores e Transporte

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

### Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

### Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por  
JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO

Imprimir

20/01/2017 07:21

# ontopoia

# WIM 25 212222 95  
more, com 212222 95 091  
un 812222 ① 1 212222 ①

# 10 212222 091 212222 ①  
212222 212222  
un 212222 ①  
212222 212222.

# 10 212222 212222 ①

# 10 212222 212222  
212222

212222 212222 ① .

Dr. Maria Mota  
CRIM 1456

Dr. 1456.



## Primeiro Atendimento Médico

1888885821223 BE.: 976346  
LIELE JANI LINEIRA DE BRITO  
DT. NASC.: 30/09/1976  
MRE: MARTA JANE LINEIRA DE BRITO

END.: ANT GNIO ANGELO CARIAS  
N. 12 - TAMBI O  
JOAO PESSOA  
FONE: ( )  
CELULAR: (83) 988558244  
IDADE: 40  
DT. ENTRADA: 20/01/2017 07:19:59

**PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO**

**NOME DO PAGIENTE:**

**DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA**

[illegible]

**E PRIMARIO**

LAERAS ☒ Pérvias ☐ Obstruídas

AEREA  
SERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ☐ Não.

**VENTILAÇÃO:**

VENTILAÇÃO: ☒ Sim ( ) Não

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sem dificuldade  
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade  
( ) Com dificuldade

(1) VENTILAÇÃO MECÂNICA

(1) APNENIA

AUSCULTA PULMONAR:

1. MURMÚRIO VESICULAR

HTD	<input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal	HTE	<input checked="" 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

## 2 - RUIDOS

HTD	Roncos Sibilos Estertores	MTE	Roncos Sibilos Estertores
-----	---------------------------------	-----	---------------------------------

NaO            imp             $\text{SaO}_2$             %

IT NEUROLÓGICO  
Pupilas: ( ) Fotorreagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas

**Escala de Glasgow:**

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (4 anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5
Solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3
Nenhuma	1	Sons Incompreensíveis / Inquieto	2
		Nenhuma / Nenhuma	1
			Nenhuma
TOTAL:	18		

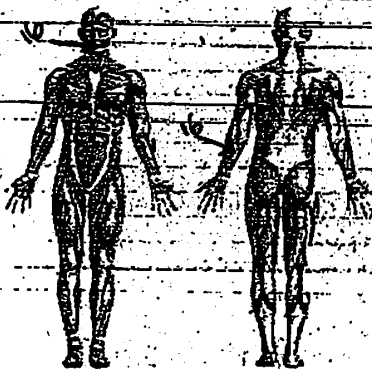
F(NG).CC.001-1

## 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. Abuso                | 19. Fratura Óssea Fechada        |
| 2. Amputação            | 20. Fratura Óssea Aberta         |
| 3. Avulsão              | 21. Hematoma                     |
| 4. Contusão             | 22. Injúria Nervosa              |
| 5. Gelo                 | 23. Laceração                    |
| 6. Dor                  | 24. Lesão Tendinea               |
| 7. Edema                | 25. Luxação                      |
| 8. Empalme              | 26. Mordedura                    |
| 9. Efusão subcutânea    | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento         | 28. Objeto Encaixado             |
| 11. Equimose            | 29. Otorrágia                    |
| 12. F. Alma Branca      | 30. Paralisia                    |
| 13. F. Alma de Fogo     | 31. Paresia                      |
| 14. F. Contuso          | 32. Parestesia                   |
| 15. F. Cortante         | 33. Queimadura                   |
| 16. F. Corto-Contuso    | 34. Rinorrágia                   |
| 17. F. Perfuro-Contuso  | 35. Sinais de Isquemia           |
| 18. F. Perfuro-Cortante | 36.                              |

OBS.:

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma)% ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

## EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias ☒ Ultrassonografia (FAST) ☐ Tomografia computadorizada  
☐ Lavado peritoneal ☐ Gasometria arterial ☐ Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	1º atendimento		
2	curativa		
3	hipertensão 100mg + 100mg + 50mg ev		
4	depressão 50mg + 100mg ev		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de OPATÓLOGO SAF 07/04/2017

Solicito parecer de SAF 07/04/2017

## DESTINO DO PACIENTE

DATA 07/04/2017  
 DA 07/04/2017  
 SAÍDA 07/04/2017  
 HORAS: 07/04/2017

☐ Centro cirúrgico  
☐ Transferência (unidade de saúde)  
☐ Internado (setor)  
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavaliação ☐ Desistência  
☐ Óbito ☐ Até 48 hs ☐ Após 48 hs ☐ Família ☐ IMC ☐ SVO

ASSINATURA

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

F(NG).CC-001-1





1000005621222 BE: 975346  
LIELE JAMI LIMEIRA DE BRITO  
DT. NASC.: 30/09/1976  
MAB: MARYA JAMI LIMEIRA DE BRITO  
END.: ANT ANIO RANGEL FARIAS  
N. 12 - TAMBI U  
JOAO PESSOA  
FONE: (3)  
CELULAR: (83) 986558244  
IDADE: 40  
DT. ENTRADA: 20/01/2017 07:19:59

## AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

## B.E. PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE		IDADE		DATA	
PROCEDÊNCIA:		<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambulância de resgate	<input type="checkbox"/> Ambulância SAMU	<input type="checkbox"/> Polícia
TIPO DE ACIDENTE:		<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta
		<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Incêndio	<input type="checkbox"/> Explosão	<input type="checkbox"/> Atropelamento
TIPO DE LESÃO:		<input type="checkbox"/> Fratura fechada	<input type="checkbox"/> Ferimento aberto	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Laceração
		<input type="checkbox"/> Mordedura	<input type="checkbox"/> Objeto encaixado	<input type="checkbox"/> Ferimento contuso	<input type="checkbox"/> Amputação
LOCAL DA LESÃO:		<input type="checkbox"/> Membros sup.	<input type="checkbox"/> Membros inf.	<input type="checkbox"/> Tronco	<input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço
DADOS CLÍNICOS (sintomas)					
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:					
EXAME FÍSICO		PA: _____	P: _____	FC: _____	Tem: _____
Sistema Neurológico:		<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado
Nível de Consciência:		Sinais: <input type="checkbox"/> Desorientado			
Avaliação das pupilas:		<input type="checkbox"/> Mídrise			
Sistema Respiratório:		<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea	<input type="checkbox"/> Vias aéreas patentes	<input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas
		<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/> Respiração espontânea	<input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas	<input type="checkbox"/> Período insular satisfatória
Sistema Circulatório:		<input type="checkbox"/> Respiração ruidosa	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo	<input type="checkbox"/> Período insular comprometida	
		<input type="checkbox"/> Pulso presente	<input type="checkbox"/> Pulso fraco e tímido		
		<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia		
		<input type="checkbox"/> Palidez	<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"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda
		Outros:		<input type="checkbox"/> Ruidos abor	<input type="checkbox"/> Distensão abdominal
Sistema Genito-uritário:		<input type="checkbox"/> Distúrbio	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Cistite	<input type="checkbox"/> SVD
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:		<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> Alergia
		<input type="checkbox"/> Interações	<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Cirurgia	
USO DE MEDICAÇÃO?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Especificar:	
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:					
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:		PACIENTE DEU ENTRADA EM NOSSA UNIDADE, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTA, CONSCIENTE ORIENTADO, APRESENTA PEQUENO CORPO NOS LABIOS + LACERAÇÃO PROFUNDA EM ANTÉROCAPA (D)			
DESTINO:		ENFERMEIRO: <u>Edmundo</u>		COREM: <u>259827</u>	
				F(NG)ENF.022-1	





Sistema - Ministério  
União da - da  
Saúde - Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)**

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 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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. PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Santoni - Rio de Janeiro - 0415 - 01  
B. BRUN - Agulha de Pêlo - 25 - 01

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

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

( ) CNS ( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

( ) CNS ( ) CPF



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HETSIL

Nome: Liliane Jani Lima de Brito BE/Prontuário: 975346  
Idade: 400 Sexo: ( ) Masculino ☒ Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 26/01/2017  
Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: 17 LR: 03  
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura unilobular do úmero D  
Cirurgião: Dr. Roberto C. Lima 1º Assistente: Dr. Ricardo Cardoso  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Marcos  
Tipo de Anestesia: B.P.B.D Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Diagnóstico Operatório	CID
<u>Fratura do úmero unilobular do úmero D</u>	

Procedimento Cirúrgico	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fratura unilobular do úmero D</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-PB 9974

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 26 01 2017

F(NG).ASCIR.009-I



**WESTERN**

FINCLASCR 021-2



**Posição e Preparo:**

① Paciente em decúbito dorsal, em mesa cirúrgica, sob bloqueio de  
plexo braquial direito  
② Lavagem 2 vezes, 100cc e 100cc / compressa, PVP, S.P. 1/2 de 10  
e álcool 70°

**Incisão:**

③ Incisão e prosseguimento de campo operatório  
④ Realização de incisão em decúbito dorsal, sob controle no local de  
intervenção de interesse do fôlego do paciente  
⑤ Foco 1/2 de 100cc / compressa, PVP, S.P. 1/2 de 10

**Achados:**

de interesse  
⑥ Contato radiográfico  
⑦ Foco 1/2 de 100cc / compressa, PVP, S.P. 1/2 de 10

**Conduta:**

⑧ Foco 1/2 de 100cc / compressa, PVP, S.P. 1/2 de 10

**Fechamento:**

**Observação:**

Médico/CRM:

*[Assinatura]*  
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO  
CRM 12.345  
RUA 123, 456 - JOÃO PESSOA

João Pessoa,

26/01/2017

F(NG).ASCIR.009-1



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

## RECEITÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

**HOSPITAL DE EMERGENCIA 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 ACÁCIAS, 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

Carimbo e assinatura médica

João Pessoa, 29/01/2017

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

IDENTIDADE:  
ENDEREÇO:

CIDADE:  
ESTADO:  
FONE:

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: / /

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

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





EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.  
IN:00000000000000  
CNPJ: 06626253011358 I.E: 161165087  
Pca 1817, 58 - Centro, JOAO PESSOA  
- PB

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

#ICOD	IDESC	IQTD	UN	VL	UNIT	Rs	I	TOT	ITEM	Rs
1	26999	SONRISAL CPD ENV/2	1	EUx	1.51				1.51	
De:		1,64	Por:		1,51					
2	26999	SONRISAL CPD ENV/2	1	EUx	1.51				1.51	
De:		1,64	Por:		1,51					
3	84336	TRAMAL RETARD 100MG CP/10 P/A2								
							1	CXx101.41	101.41	
De:		101,41	Por:		81,13					
Desconto									-20.28	
4	84336	TRAMAL RETARD 100MG CP/10 P/A2								
							1	CXx101.41	101.41	
De:		101,41	Por:		81,13					
Desconto									-20.28	
5	190128	CEFALEXINA 500MG CPD/10 GN-EHS +								
							1	UNx27.37	27.37	
De:		27,37	Por:		16,15					
Desconto									-11.22	
6	190128	CEFALEXINA 500MG CPD/10 GN-EHS +								
							1	UNx27.37	27.37	
De:		27,37	Por:		16,15					
Desconto									-11.22	
7	151122	CEFALEXINA 500MG CPD/8 GN-EHS +								
							1	CXx23.23	23.23	
De:		23,23	Por:		15,10					
Desconto									-8.13	

QTD. TOTAL DE ITENS 7  
VALOR TOTAL R\$ 212.68  
Cartão de Débito 142.68  
Dinheiro 70.00  
CLIENTE:1.5208.387-19  
VOCE ECONOMIZOU: R\$ 71,39  
Cartão: R\$ 142.68 (REDESHOP CIELO)  
Operador: 75278 Vendedor: 21720  
Trib aprox R\$:15,31 Fed e R\$:0,00 Est e R\$:0,00 Muni  
Fonte: IBPT ca7g13  
Obrigado e Volte Sempre.

Número 000055765 Série 017 Emissão 30/01/2017 17:00:32  
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>  
CHAVE DE ACESSO  
2517 0106 6262 5301 1358 6501 7000 0557 6510 0006 2326

CONSUMIDOR  
CPF: 02036466494 LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO

Consulta via Leitor QR Code



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



Receituário Médico

P/ LIELE SARA LIMEIRA

INDICATO:  
COLFTE  
\* JEWTTT

\* TIPO A  
TIPO AMERICANA

Data: 07/02/17

Dr. Unkerto Sava  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 7749

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



REDE  
MAESTRO  
CONPROV: 247436242 VALOR: 54,00  
ESTAB: 024291790 HOSMED  
07.02.17-16:47:14 TERM: PV970522/019925  
CARTAO: xxxxxxxxxxxxxx8542  
AUTORIZACAO: 948567  
ARQC: 910683EE271F8005  
TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE  
USO DE SENHA PESSOAL.

CUPOM: 00000000000003021 MAC: 5313  
NSU\_CTF: 019925 LOJA: 0001 PDV: 100  
www.auffar.com.br



ANDELO BARROS ESTEVES ETRELI  
CNPJ: 02147582000169 IE: 161102429  
AV. GENERAL OSORIO 141 CENTRO-JOAO PESSOA-PB  
Fone: 3214-5555

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRONICA

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

1054426TIPOIA ESTABILIZADORA ESTOFADA M  
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 aprox R\$: 2,27 Fed, 9,72 Est e 0,00 Mun  
Fonte: IBPT/FECOMERCIO 7e67eQ

EMISSÃO 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  
NOME: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO  
END: RUA DESEMBARGADOR BOTO DE MENEZES,, 229  
TAMBIA

Consulta via leitor de QR Code



PV: 0000254386  
@PDV NFC-e 6.05.12.00



# Receituário Médico

LIELE JANI LINGIER

R uso oral

① ALGINAC 1000  
TOMAR 01 CP 818

Data: 07/02/17

Dr. Univaldo...  
Ortopedia e Traumatologia...  
CRM-PB 5169

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



CNPJ 07.764.196/0001-30

AV. VISCONDE DE PELOTAS, 161 CENTRO JOÃO PESSOA

CEP 58013-000 FONE: 3222-4735

# RECIBO

Recebemos da SRª 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 quitação.

JOÃO PESSOA, 07/02/2017

107.164.196/0001 301

ELYMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS

Varejão dos medicamentos

Rua Visconde de Pelotas, nº 161

01:37



Vendedor: MARIA HELENA DA SILVA GUIS ~~Unidade: 229035~~  
 Tributos Incidentes Lei Federal-12.741/12 - Total R\$ 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