



Número: **0815319-31.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **08/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 20.199,79**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARILEIDE FERREIRA DE LIMA (AUTOR)		DANIEL VIEIRA SMITH (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
20375610	08/04/2019 11:29	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
20376566	08/04/2019 11:29	<a href="#">PROCURACAO E DECLARACAO DE HIPOSSUFICIENCIA</a>	Procuração
20376574	08/04/2019 11:29	<a href="#">RG E CPF DA VITIMA</a>	Documento de Identificação
20376579	08/04/2019 11:29	<a href="#">COMPROVANTE DE RESIDENCIA</a>	Documento de Comprovação
20376589	08/04/2019 11:29	<a href="#">BOAT BOLETIM DE OCORRENCIA ACIDENTE DE TRANSITO</a>	Documento de Comprovação
20376602	08/04/2019 11:29	<a href="#">CERTIDAO DE OCORRENCIA DOS BOMBEIROS</a>	Documento de Comprovação
20376610	08/04/2019 11:29	<a href="#">LAUDO MEDICO DEFINITIVO DO TRAUMAS</a>	Documento de Comprovação
20376621	08/04/2019 11:29	<a href="#">DECLARACAO DE PROPRIEDADE DO VEICULO PARTE 1</a>	Documento de Comprovação
20376629	08/04/2019 11:29	<a href="#">DECLARACAO DE PROPRIEDADE DO VEICULO PARTE 2</a>	Documento de Comprovação
20376640	08/04/2019 11:29	<a href="#">FORMULARIOS ENTREGUES NA SEGURADORA</a>	Documento de Comprovação
20376649	08/04/2019 11:29	<a href="#">PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PROC ADM</a>	Documento de Comprovação
20376661	08/04/2019 11:29	<a href="#">PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PROC ADM 2</a>	Documento de Comprovação
20376670	08/04/2019 11:29	<a href="#">PAGINA DA SEGURADORA COM VALOR DA INDENIZACAO</a>	Documento de Comprovação
20376684	08/04/2019 11:29	<a href="#">ATESTADOS MEDICOS E RECEITAS MEDICAS</a>	Documento de Comprovação
20376695	08/04/2019 11:29	<a href="#">NOTA FISCAL SAMARITANO 1000 REAIS</a>	Documento de Comprovação
20376723	08/04/2019 11:29	<a href="#">NOTA FISCAL SAMARITANO 1939 REAIS</a>	Documento de Comprovação
20376752	08/04/2019 11:29	<a href="#">NOTAS FISCAIS DE REMEDIOS</a>	Documento de Comprovação
20376766	08/04/2019 11:29	<a href="#">POLICLINICA RISCO CIRURGICO</a>	Documento de Comprovação
20376788	08/04/2019 11:29	<a href="#">PRONTUARIO CIRURGIA SAMARITANO</a>	Documento de Comprovação

20376 861	08/04/2019 11:29	<a href="#">PRONTUARIO CIRURGIA SAMARITANO PARTE 3</a>	Documento de Comprovação
20376 870	08/04/2019 11:29	<a href="#">PRONTUARIO CIRURGIA SAMARITANO PARTE 2</a>	Documento de Comprovação
20376 881	08/04/2019 11:29	<a href="#">PRONTUARIO CIRURGIA SAMARITANO PARTE 4</a>	Documento de Comprovação
20376 891	08/04/2019 11:29	<a href="#">PRONTUARIO MEDICO DO TRAUMAS</a>	Documento de Comprovação
20376 898	08/04/2019 11:29	<a href="#">PRONTUARIO MEDICO DO TRAUMAS PARTE 2</a>	Documento de Comprovação
20376 911	08/04/2019 11:29	<a href="#">PRONTUARIO MEDICO DO TRAUMAS PARTE 3</a>	Documento de Comprovação
20376 921	08/04/2019 11:29	<a href="#">RECEITUARIOS MEDICOS</a>	Documento de Comprovação
20376 964	08/04/2019 11:29	<a href="#">RECIBO MEDICO UNIFACE</a>	Documento de Comprovação
20376 977	08/04/2019 11:29	<a href="#">RESSONANCIA CRANIO</a>	Documento de Comprovação
22384 398	02/07/2019 13:44	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA CÍVEL DA COMARCA DE SANTA RITA, ESTADO DA PARAÍBA.

**MARILEIDE FERREIRA DE LIMA**, brasileira, casada, regularmente inscrita no CPF/MF sob o n.º 568.271.724-49, residente e domiciliada à Rua General Antero de Brito, s/n.º, QD. A, LT. 19, Mandacarú, João Pessoa/PB, CEP: 58027-240, vem, através de seu advogado que esta subscreve, à presença de Vossa Excelência, propor a presente:

### **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT (INVALIDEZ) RITO ORDINÁRIO**

em face da **MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no CNPJ sob o n.º 61.074.175/0001-38, com filial localizada à Av. Presidente Epitácio Pessoa, n.º 723, Bairro dos Estados, CEP 58030-001, onde deverá receber sua citação, pelos fatos e fundamentos abaixo aduzidos:

#### **1. DA GRATUIDADE JUDICIÁRIA**

Inicialmente, pugna a Requerente pela concessão dos benefícios da justiça gratuita, nos exatos termos previstos pelo art. 4º Lei 1.060/1950 e 5º LXXIV da Constituição Federal, por não ter condições de arcar com as custas do processo sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família. É cediço que a aludida afirmação, nos moldes da legislação reportada e da jurisprudência pátria, é suficiente para a concessão do requerimento, pelo que, pugna pela sua declaração, para que possa auferir as benesses do instituto.

#### **2. DOS FATOS**

A promovente foi vítima de acidente de trânsito ocorrido em **13 de agosto de 2018**, na cidade de João Pessoa/PB, conforme faz prova o BOAT - Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito, em anexo.

A vítima, ora Requerente, vinha como carona na motocicleta pilotada por seu esposo, de placas QFV-3696, quando foram colididos pelo veículo VW Gol de placas NPR-8133, que era conduzido pelo Sr. Marcondes Antônio de Souza. **Foi socorrida pelos Bombeiros, que a conduziram para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena**, em João Pessoa.

**Conforme comprovam o Laudo Médico e prontuários anexos, a paciente foi admitida no Hospital de Traumas, vítima de grave acidente de moto, apresentando laceração na região da face e escoriações em membro inferior, sendo submetida a tratamentos cirúrgicos.**

A vítima optou por se operar no Hospital Samaritano, em virtude da ausência de previsão de cirurgia no Hospital de Traumas, pelo que arcou com cirurgia de seu próprio bolso. Conforme se depreende das fichas e prontuários médicos em anexo, a vítima fez cirurgia para **OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE ZIGOMÁTICO, que são ossos da face humana.**



Nesta cirurgia, a vítima gastou honorários médicos, custas de hospital, remédios, sendo certo que os gastos devem ser suportados também pela Seguradora Ré, eis que comprovados pelas notas fiscais e recibos anexos.

**O total de gastos suportados pela vítima foi de R\$ 8.049,79 (oito mil e quarenta e nove reais e setenta e nove centavos), conforme listagem abaixo, e comprovada pelos recibos, notas fiscais e receitas médicas anexas:**

**RECIBO DE DESPESAS HOSPITALARES - HOSPITAL SAMARITANO - 17/08/2018 - R\$ 1.937,39;**

**RECIBO DE DESPESAS HOSPITALARES - HOSPITAL SAMARITANO - 29/08/2018 - R\$ 1.000,00;**

**RECIBO DE HONORÁRIOS MÉDICOS CIRURGIÕES E DE ANESTESISTAS - 29/08/2018 - R\$ 5.000,00;**

**NOTA FISCAL DE MEDICAMENTOS - FARMÁCIAS PAGUE MENOS - 30/08/2018 - R\$ 97,90;**

**NOTA FISCAL DE MEDICAMENTOS - FARMÁCIA MICHELY - 30/08/2018 - R\$ 14,50.**

Atualmente, mesmo decorrido quase um ano após o acidente e cirurgia, a vítima não conseguiu recuperar-se completamente, **OSTENTANDO SEQUELA DE NATUREZA PERMANENTE CRÂNIO-FACIAL, mormente por ter sofrido Trauma Crânio-Encefálico, conforme faz prova o laudo emitido pelo Hospital de Traumas.**

Assim, restando constatada a debilidade permanente da Promovente, esta faz jus ao recebimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez, conforme a legislação pertinente.

**Frise-se que a vítima deu entrada no procedimento administrativo para tentativa de recebimento do Seguro DPVAT, bem como com relação ao DAMS, junto à seguradora, contudo, algum tempo depois, recebeu indenização no importe de R\$ 1.350,00 (mil trezentos e cinquenta reais), sem que tenha sido submetida a qualquer perícia, o que comprova que os valores pagos foram a menor do que suas reais sequelas.**

Assim sendo, munida da documentação necessária, vem pleitear o pagamento judicial da indenização do Seguro DPVAT a título de invalidez permanente, assim como o reembolso das despesas médicas (DAMS), descontando-se o valor já recebido pela via administrativa, de R\$ 1.350,00.

### **3. DO MÉRITO**

A pretensão da Promovente encontra-se devidamente pacificada na legislação respectiva e na jurisprudência pátria, conforme se verá adiante.

O seguro obrigatório DPVAT impõe o pagamento de prêmio aos proprietários de veículos automotores de via terrestre, garantindo, assim, às vítimas de acidentes, recebimento de indenização, quando da ocorrência de morte ou invalidez permanente, além do reembolso de despesas médicas e hospitalares, ainda que os responsáveis pelos danos causados não arquem com a reparação devida.





Conforme o dispositivo legal vigente na Lei nº 6.194/74 em seu art. 3º, I, o Promovente tem direito a pleitear ao benefício do Seguro Obrigatório DPVAT no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), em caso de invalidez permanente, *In verbis*:

*“Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:*

*II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente.”*

Como se pode observar no Laudo Médico apresentado, as seqüelas suportadas pela Promovente foram ocasionadas em decorrência do acidente de trânsito por ela sofrido, motivo pelo qual, levando-se em consideração o que dispõe a Lei nº 6.194/74, faz jus à indenização do seguro DPVAT.

Em conformidade com art. 5º da Lei 6.194/74, a indenização deverá ser paga mediante a comprovação do acidente e do dano causado, segundo o qual:

*“Art. 5º - O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.*

Há de se observar que o dispositivo supracitado instituiu uma responsabilidade objetiva, adotando a teoria do risco integral para empresas participantes da Sociedade Seguradora (FENASEG).

No que tange à legitimidade passiva da ré, cumpre-nos esclarecer que o art. 7º, da Lei 6.194/74, determina que, em se tratando do seguro denominado DPVAT, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será parte legítima para figurar no pólo passivo de demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do complexo da FENASEG se constitui em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas, o Promovido.

Neste norte, a Jurisprudência Pátria coaduna do mesmo posicionamento, *in litteris*

:

*“APELAÇÃO. SEGURO OBRIGATÓRIO. COBRANÇA. INVALIDEZ DECORRENTE DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. PRELIMINAR. ILEGITIMIDADE PASSIVA. EMPRESA CONSORCIADA AO SEGURO DPVAT. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. POSSIBILIDADE DE ACIONAR QUALQUER DAS EMPRESAS PERTENCENTES AO CONSÓRCIO. REJEIÇÃO. PREJUDICIAL. PRESCRIÇÃO TRIENAL. INOCORRÊNCIA. TERMO INICIAL DA CONTAGEM DO PRAZO. CONHECIMENTO DA INVALIDEZ. MÉRITO.*



*INVALIDEZ DEMONSTRADA. NÃO APLICAÇÃO DA LEI Nº 11.482/07. EVENTO DANOSO ANTERIOR À VIGÊNCIA DA NORMA. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO. - Não há dúvida da legitimidade passiva da ré, na medida em que faz parte do Consórcio das Seguradoras que operam com Seguro DPVAT, podendo ser responsabilizada pelo pagamento do capital segurado, em caso de seguro não realizado, nos termos do art. 79, da Lei nº 6.194/74. - O termo inicial, para a contagem do prazo prescricional, a fim de cobrança do Seguro DPVAT é a data em que o segurado tomou conhecimento de sua invalidez. - Inviável estabelecer o limite fixado na MP nº 340/06, posteriormente convertida na Lei nº 11.482/07, quanto o evento danoso se deu em data anterior vez à vigência da norma. Processo:20020080158641001Decisão:AcórdãoRelator:Juiz de Direito Convocada Maria das Graças Moraes GuedesOrgãoJulgador:Quarta Câmara Cível TJPBData do Julgamento:24/07/2012)*

Quanto à legitimidade passiva, portanto, não resta nenhuma dúvida, de sorte que a Seguradora MAPFRE é parte legítima para pagamento do seguro obrigatório.

Ademais, note-se, Excelência, que a Promovente acostou aos autos todos os documentos necessários à comprovação do acidente, assim como, os laudos médicos suficientes a evidenciar as lesões por ele sofridas, cumprindo assim o que determina o art. 5º da Lei nº 6194/74.

Acerca da matéria, a jurisprudência é elucidativa e milita em favor da pretensão exordial, como se pode observar adiante:

*APELAÇÃO CÍVEL AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT INVALIDEZ PERMANENTE PROCEDÊNCIA IRRESIGNAÇÃO I CERCEAMENTO DE DEFESA PRETENSÃO DE REALIZAÇÃO DE PERÍCIA COMPLEMENTAR DESNECESSIDADE LAUDO CONCLUSIVO QUE ATESTA PERDA FUNCIONAL DO PUNHO DIREITO II ILEGITIMIDADE PASSIVA DA SEGURADORA CONSORCIADA DESACOLHIMENTO III AUSÊNCIA DE INTERESSE PROCESSUAL REJEIÇÃO IV VALOR INDENIZATÓRIO SINISTRO OCORRIDO NA VIGÊNCIA DA MP 340/06 POSTERIORMENTE CONVERTIDA NA LEI Nº 11.482/07 FIXAÇÃO PROPORCIONAL AO CASO V HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS FIXAÇÃO ADEQUADA DESPROVIMENTO. Torna-se desnecessária a realização de perícia complementar para fins de verificação da invalidez parcial adquirida, quando existentes, nos autos, provas suficientes ao deslinde da questão. É parte legítima para figurar no polo passivo de ação de cobrança para recebimento de indenização de seguro obrigatório DPVAT todas as seguradoras que fazem parte do consórcio previsto*



no artigo 7º da Lei 6.194/74..  
Processo:02220090007497001Decisão:AcórdãoRelator:Des.  
Márcio Murilo da Cunha RamosÓrgãoJulgador:Terceira  
Câmara Cível TJPB, Data do Julgamento:17/07/2012

Infere-se, portanto, pelo ângulo que se olhe, a total subsistência da pretensão exordial, para que a indenização referente ao Seguro DPVAT seja paga em favor da autora, mormente pelo fato de ter preenchido todos os requisitos exigidos por lei.

### **3.1 – DO PRÉVIO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO – TENTATIVA FRUSTRADA**

Conforme documentos anexos, a Promovente, munida de toda a documentação necessária ao recebimento administrativo do DPVAT, deu entrada no procedimento perante a SEGURADORA, cujos sinistros receberam os seguintes números: 3180542501 (DAMS) e 3180542452 (INVALIDEZ PERMANENTE).

A vítima protocolou o requerimento administrativo em 22/11/2018, e em 30/11/2018, sem que tenha sido realizada nenhuma perícia médica, recebeu R\$ 1.350,00 em sua conta bancária, valor aquém da indenização realmente devida. **Sobre o reembolso relativo ao DAMS, a vítima não recebeu qualquer restituição.**

**Assim, pugna a Requerente seja processada a presente Ação Judicial, eis que a esfera administrativa foi esgotada, diante do pagamento a menor por parte da Seguradora.**

### **3.2 – DA REALIZAÇÃO DE PERÍCIA COMPLEMENTAR**

Requer a designação de perito médico competente, para que proceda, em tempo hábil, a realização de perícia médica, com o intuito de graduar as debilidades permanentes sofridas pela Autora – FRATURA DO COMPLEXO ORBITÁRIO-ZIGOMÁTICO DIREITO e TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO.

Tendo em vista os benefícios da justiça gratuita requeridos pela Promovente, o ônus decorrente da prova técnica requerida deve ser dispensado, posto que, não tem condições de arcar com as custas referentes.

### **3.3 – DOS DOCUMENTOS ENTREGUES PELO REQUERENTE À SEGURADORA**

Requer que a Seguradora apresente, em sua defesa, todo o procedimento administrativo relativo aos Sinistros 3180542501 (DAMS) e 3180542452 (INVALIDEZ PERMANENTE), eis que a vítima colacionou todos os documentos que possui, sendo que, ao final de seu procedimento administrativo, a Seguradora não lhe devolveu a documentação.

## **4. DOS PEDIDOS**

*EX POSITIS*, requer a Autora que V. Exa., após adotar as cautelas legais de estilo, se digne em:

- a) **CONCEDER-LHE** o benefício da justiça gratuita, pelos motivos indicados preambularmente;
- b) **DISPENSAR** a realização de audiência de conciliação, haja vista a praxe demonstrar que não há acordo, por parte da Seguradora, sem a realização de perícia médica judicial;



- c) **DETERMINAR** a citação do Promovido para apresentação de defesa, sob pena de confissão e revelia;
- d) **NOMEAR** perito médico para que realize perícia com o intuito de emitir laudo atestando a debilidade verificada;
- e) **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** o pedido formulado pela Promovente, para condenar a Promovida a pagar a importância de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, referente à indenização por invalidez permanente, a qual deverá ser corrigida desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento, descontado o valor pago administrativamente de R\$ 1.350,00;
- f) **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** o pedido formulado pela Promovente, para condenar a Promovida a pagar a importância de **R\$ 8.049,79 (oito mil e quarenta e nove reais e setenta e nove centavos)**, referente ao reembolso das despesas médicas, hospitalares e de medicamentos;
- g) **CONDENAR** a Seguradora Promovida ao pagamento das custas e despesas processuais, além dos honorários advocatícios de sucumbência à base de 20% sobre o valor final da condenação;

Por fim, protesta a Autora, e de logo requer, a produção de todos os gêneros de provas admitidas em direito, especialmente, **A REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA.**

Dá-se a causa o valor de R\$ 20.199,79 (vinte mil cento e noventa e nove reais e setenta e nove centavos).

Nestes termos,

Pede **DEFERIMENTO.**

João Pessoa/PB, 08 de abril de 2019.

**Daniel Vieira Smith**

OAB/PB 19.193

#### **QUESITOS:**

- 1) Diga o Sr. Perito quais as debilidades permanentes sofridas pela Promovente.
- 2) Diga o Sr. Perito qual o grau das debilidades apresentadas pela Promovente, informando o percentual de graduação: residual - 10%; leve - 25%; média - 50%; intensa - 75%; ou total - 100% ?



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Marilide Ferreira de Lima, brasileira,  
inscrita sob o CPF nº 568.271.724-49, residente  
e domiciliada à Rua General Anírio de Brito,  
S/N B/A Lote 19, Mandacaru, João Pessoa-  
PB, CEP 58027-240.

### OUTORGADO:

DANIEL VIEIRA SMITH, brasileiro, solteiro, advogado  
regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do  
Brasil, Seccional da Paraíba, sob o n.º 19.193, com  
escritório profissional situado à Av. Ruy Carneiro, n.º  
148, Sala 04, Miramar, CEP: 58.032-101, João  
Pessoa/PB.

### PODERES:

Amplos e inerentes poderes, bem como para o foro em  
geral, conforme estabelecido no art. 105 do Código de  
Processo Civil, e os especiais, podendo representar  
em audiência, transigir, desistir, firmar compromisso,  
receber intimações, renunciar, receber e dar quitação,  
receber alvarás judiciais em cartório, recorrer para  
qualquer instância ou Tribunal, substabelecer, com ou  
sem reserva de poderes, podendo, ainda, representar  
perante os Órgãos da Administração Pública Direta ou  
Indireta, tais como Hospitais Públicos, Delegacias  
Cíveis, IPC, IML, DML, GEMOL, **podendo  
expressamente solicitar laudos e prontuários  
médicos em qualquer hospital público ou privado,**  
tudo para o fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa /PB, 28 de janeiro de 2019.

Marilide Ferreira de Lima  
OUTORGANTE



**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA**

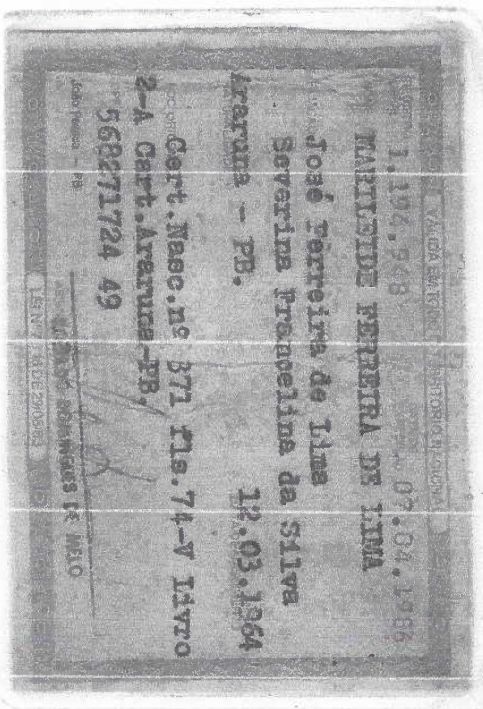
Eu, Marielik Ferreira de Lima, brasileira, inscrita  
no O CPF nº 568.271.723-99, residente e domiciliada em Rua General  
Antônio de Brito, Mandacaru-PB. desejando obter os benefícios da Justiça  
Gratuita, declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para  
custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio ou de sua família, pelo  
que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da  
gratuidade da Justiça.

João Pessoa /PB, 28 de janeiro de 2019.

Marielik Ferreira de Lima  
DECLARANTE







MARLEIDE FERREIRA DE LIMA  
RUA GAL. ANTERO DE BRITO, S/N/O AL. 19 - MANDACARU  
JOAO PESSOA / PB CEP. 58027-240 (AG. 1)  
Emissão: 09/08/2018 Referência: Ago / 2018  
Classe/Subcl: RESIDENCIA / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-890  
Roteiro: 3-1-229-620 Nº medidor: 00008585323 CNPJ 09.095 163/0001-40 Insc. Est. 16.015 822-0

ENERGISA  
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 010 849 396  
Cód. para Déb. Automático: 0001364930-6

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI  
Ago / 2018 09/08/2018 06/09/2018 568.271.724-49  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1364930-6

#### Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei  
nº 10.435, de 20 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 19/07/18	Leitura 2027	Data 09/08/18	Leitura 2272	
			175	30
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Valor Base Calc.	Alug. Icms (R\$)
		Trabalho Total (R\$)	ICMS (R\$)	Pot. Cálculo (R\$)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000 0,253290	7,59	7,59 27
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000 0,434210	30,39	30,39 27
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	75,000 0,251300	48,84	48,84 27
0601	Adic. B. Vermelha		8,95	8,95 27
0610	Subsídio		48,83	48,83 27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTRIB. SERV. ILUM. PÚBLICA		3,83	3,83 0
0804	JUROS DE MORA 09/2018		1,15	1,15 0
0805	MULTA 09/2018		2,18	2,18 0
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2018		2,11	2,11 0
0808	Devolução Subsídio		-31,21	-31,21 0

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 120,44 142,40 98,44 142,40 1,54 7,11

Média últimos meses (kWh) 238 VENCIMENTO 16/08/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 120,44

#### Histórico de Consumo (kWh)

174 | 153 | 148 | 161 | 161 | 30 | 1040 | 713 | 217 | 192 | 182 | 103  
Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18

68f9.ca47.60d3.9359.8139.55b5.1e7c.d375.

#### Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL 6,00	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL 10,15		
DIC ANUAL 20,30		
FIC MENSAL 3,22	0,00	CONTRATADA 202
FIC TRIMESTRAL 6,47		LIMITE INFERIOR 231
FIC ANUAL 12,95		LIMITE SUPERIOR 231
DMIC 2,86	0,00	
DIGRI 12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	22,26	18,50
Campanha de Energia	32,23	25,78
Serviço de Transmissão	3,42	2,84
Encargos Setoriais	6,17	5,12
Impostos Diretos e Encargos	56,34	46,78
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	120,44	100,00

Valor em USD (Ref. 6/2018) R\$ 102,17

#### ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Informamos que em nossos registros permanece(m) em atraso as faturas acima mencionadas.  
- Caso tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) em atraso a menos de 10 dias, desconside(m) essa mensagem.  
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.  
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$31,21.  
- Leitura confirmada.

#### Faturas em atraso

Jul/18 134,34  
Fev/18 787,57

PARAIBA

Roteiro: 3-1-229-620  
Matrícula: 1364930-2018-08-9

VENCIMENTO 16/08/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 120,44

8364000001-1 20440149000-6 13649302018-6 08900001019-2



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:27:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811210722200000019821813>

Número do documento: 19040811210722200000019821813



MARILEIDE FERREIRA DE LIMA  
RUA GALANTERIO DE BRITO, S/N - QUA L 19 - MANDACARJ  
JOAO PESSOA/PB CEP 58027-249 (AG 1)  
Emissão: 08/10/2018 Referência: Out/2018  
Classe/Serviço: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA MONOFASICO 600 Km 05 - Unidade Repetir: João Pessoa/PB - CEP 58071-690  
Roteiro 3-1-229-622 Nº medidor: 00209585933



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
CNPJ 09.086.105/0001-40 Ins. Est. 16.015.003-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 13.630.563  
Cód. para Deb. Automático: 00013649306

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

Conta referencial	Apresentação	Data prevista de próxima leitura	CPP/CNPJ/RANI
Out / 2018	08/10/2018	07/11/2018	569.271.724-49

UC (Unidade Consumidora): 5/1364930-6

Conta de energia  
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TCEEFa criada pela Lei nº 10.438, de 26 de ab./de 2002

Atividade	Atividade	Consumo	Consumo	Disco
Data	Leitura	Data	Leitura	
08/10/18	2076	08/10/18	2659	
Demonstrativo				
001 Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base Cóp. Alg. Icms(R\$), Base Cóp. Po(R\$), Cofre(R\$)
0601 Consumo até 50 kWh-BR		90.000	0.276250	8.34 8.34 27 2.25 8.34 0.05 0.02
0601 Consumo - 31 a 100 kWh-BR		76.000	0.477010	35.99 35.99 27 9.01 35.99 0.22 1.03
0601 Consumo - 101 a 220 kWh-BR		92.000	0.715520	65.62 65.62 27 17.77 65.62 0.44 2.03
0601 Adic. B. Vermehe				9.74 9.74 27 2.84 9.74 0.00 0.00
0810 Subsidio				55.12 55.12 27 14.88 55.12 0.98 1.70
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTR.B SERV. LUM PUBLICA				4.66 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00
0804 JUROS DE MOROSIDADE 2018				1.52 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00
0805 MULTA 2018				0.00 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018				1.05 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00
0806 Devolução Subsidio				-38.17 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00

CCF Código de Classificação do Item: TOTAL 143.72 172.41 48.55 172.41 1.15 6.82

Média últimos meses (kWh): VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

240 16/10/2018 R\$ 143.72

Histórico de Consumo (kWh)

149 | 161 | 181 | 80 | 1040 | 213 | 217 | 182 | 183 | 182 | 176 | 173  
Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18

RESERVADO AO FISCO

0a22.d602.cb7c.c6b7.cfe1.0a68.e8e7.012f.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Índice	Limite	Aprova	Limite de Tensão (%)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIO MENSAL	5.07	0.00		Serviço de Dist. de Energia PB	26.49	18.43
DIO TRIMESTRAL	16.15			Compra de Energia	44.24	30.80
DIO ANUAL	20.00			Serviço de Transporte	4.44	3.09
FIC MENSAL	3.23	0.00		Serviço de Distribuição	6.21	4.33
FIC TRIMESTRAL	6.47			Perdas Técnicas e Esperadas	6.21	4.33
FIC ANUAL	12.95			Outros Serviços	0.39	0.27
CM -	2.86	0.00				
DIOI	42.22			Total	143.72	100.00

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO Informamos que em nossos registros permaneceu(m) em atraso as faturas de mês mencionadas.  
- Caso tenha efetuado o pagamento 99(s) fatura(s) em atraso a menos de 10 dias, desconsiderar esta mensagem.  
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.  
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$38.17.  
Reajuste Tarifário - vigência 28/08/18-Res. ANEEL nº 2.438-Baixa Renda 15.41% Médio.  
Reajuste Tarifário - vigência 28/08/18-Res. ANEEL nº 2.438-Alta Tensão 18.79% Médio.  
- Leitura confirmada.

Faturas em atraso

Set/18 121,22  
Fev/18 767,57

ENERGISA PARAIBA VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Roteiro 3-1-229-620 16/10/2018 R\$ 143.72

Matrícula: 1324381-2018-10-5 83660000001-9 43720149000-4 13649302018-6 10500001019-6



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:27:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811211435600000019821818

Número do documento: 19040811211435600000019821818



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 <b>0572 - 2018</b>	Responsável pelo Levantamento do Acidente: <b>MARCELO TEIXEIRA DE ANDRADE</b>	Posto/Graduação: <b>3º SGT /PM</b>
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: <b>Rua Alfredo José de Ataíde</b>	Hora <b>13:10</b>	Bairro <b>Mandacaru</b>
Município: <b>João Pessoa</b>	UF <b>PB</b>	
Data da Ocorrência <b>13-08-2018</b>	Dia da Semana <b>Segunda-Feira</b>	C/S Vítima (QT) <b>Com</b>
Tipo de Acidente <b>Colisão Transversal</b>		Tipo de pavimento <b>Asfalto</b>
Condições da Pista <b>Seca</b>		
Condições do Tempo <b>Bom</b>	Envolvidos no acidente (Quantidade) <b>02 Veículos</b>	Controle do tráfego <b>Placa de Pare</b>

**CONDUTOR 01**

Nome <b>Marcondes Antônio de Souza</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>05-02-1976</b>	RG <b>1672111 SSP/PB</b>
Endereço <b>Rua José Lins de Albuquerque, 134, Alto do Céu, João Pessoa, PB – Tel.(083)98654-9334</b>			
1ª Habilitação <b>15-05-1998</b>	Categoria <b>AD</b>	Registro CNH N.º <b>01112764967</b>	U.F. <b>PB</b>
Ex.méd./Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>23-12-2021</b>	Usava cinto <b>Sim</b>	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Sim (0,00mg/l)</b>		Destino do Condutor <b>Permaneceu no local</b>	

**VEÍCULO 01**

Marca/Modelo <b>VW Gol</b>	Espécie <b>Automóvel</b>	Placa <b>NPR - 8133</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>João Pessoa</b>	U.F. <b>PB</b>
Nome do Proprietário <b>José Aldo da Silva</b>					
Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N.º <b>013746811936</b>	Renavan N.º <b>0020874850-4</b>	Data da Emissão <b>23-08-2017</b>		
Condições do Veículo Antes do Acidente <b>Nada constatado</b>					

**VERSÃO DO CONDUTOR 01**

Condutor declarou que: Trafegava na Via B, sentido Viveiro de Camarão/Jardim Esther, já chegou na esquina com a Via A, parou devido a placa de Pare e que havia um veículo na esquina do lado esquerdo que atrapalhou a visão , quando se sentiu seguro iniciou a manobra para seguir a via A, no sentido esquerdo, quando foi surpreendido com o V2 que trafegava na via A, sentido contrário, ocorreu o sinistro.

**CONDUTOR 02**

Nome <b>José Ailton Pereira da Silva</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>16-10-1966</b>	RG <b>1.098.753 SSP/PB</b>
Endereço <b>Rua Jorn Luiz Gama, S/N, Mandacaru – João Pessoa/PB Tel.(083)99849-1644</b>			
1ª Habilitação <b>Não Habilitado</b>	Categoria	Registro CNH N.º	U.F. <b>PB</b>
Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Não</b>	Destino do Condutor <b>Hospital de Trauma</b>		

**VEÍCULO 02**

Marca/Modelo <b>Shineray</b>	Espécie <b>Ciclomotor</b>	Placa <b>QFV - 3696</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>João Pessoa</b>	U.F. <b>PB</b>
Nome do Proprietário <b>Leda Maria da Silva</b>					
Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N.º <b>013930868267</b>	Renavan N.º <b>0110768085-6</b>	Data da Emissão <b>18-05-2018</b>		
Condições do Veículo Antes do Acidente <b>Nada constatado</b>					

**VERSÃO DO CONDUTOR 02**

Ouvido no Bptran no dia 16-08-2018 às 14:38 o condutor declarou que: Trafegava na Via A, faixa da esquerda, quando foi surpreendido pelo V1 que tentava adentrar a Via A, sentido Viveiro de Camarão/Jardim Esther, este trafegava na Via B, colidindo na lateral esquerda do V1.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 13.09.2018  
ASSINADO



## CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0572 - 2018

## VÍTIMA 01

Nome	José Ailton Pereira da Silva	Sexo	Masculino	Nascimento	16-10-1966	Viajava no Veículo Nº	02
Endereço	Rua Jorn Luiz Gama, S/N, Mandacaru – João Pessoa/PB Tel.(083)99849-1644						
Condição da Vítila	Conduzido Para	Usava Cinto		Usava Capacete			
Condutor	Hospital de Trauma	-		-			

## VÍTIMA 02


Nome	Marileide Ferreira de Lima	Sexo	Feminino	Nascimento	Viajava no Veículo Nº		
Endereço	Rua Antero de Brito, 19, Bloco A, Mandacaru, João Pessoa, PB						
Condição da Vítila	Conduzida Para	Usava Cinto		Usava Capacete			
Passageira	Hospital de Trauma	-		-			

## CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: O Impacto no V1 deu-se na parte frontal do veículo. O impacto no V2 deu-se na lateral direita do veículo. V1 removido ao Bptran pelo artigo 230 V do CTB. C1 submeteu-se ao teste de etilômetro resultando em 0,00mg/L de Ar para Alcool. V2 removido ao Bptran. V2 retirado do local exato do sinistro. C2 não possui CNH, feito procedimento no artigo 162 I do CTB, o mesmo foi socorrido ao Hospital de Trauma pelo AR 47 CCB e a passageira do V2 SAMU.

João Pessoa – PB, 29 de Agosto de 2018.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 13/09/2018

  
Marcelo Teixeira de Andrade 1º Sgt PM  
Responsável pelo Levantamento







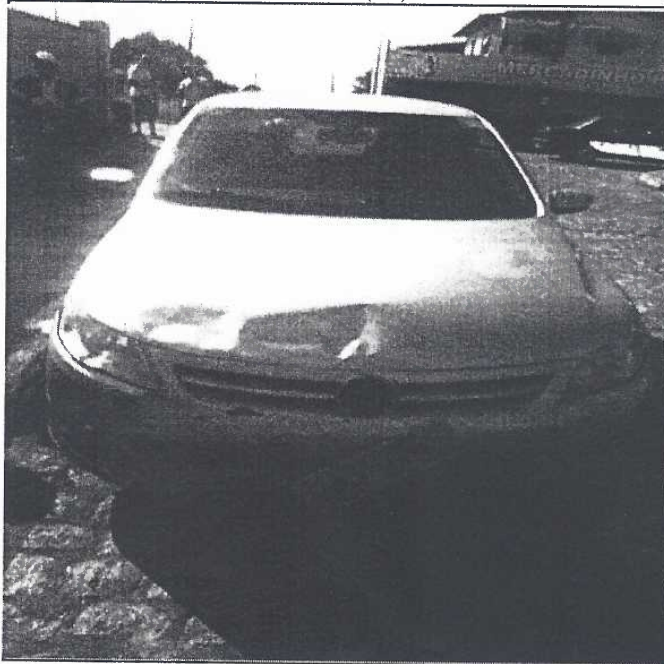
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0572/ 2018

FOTOS DO V1

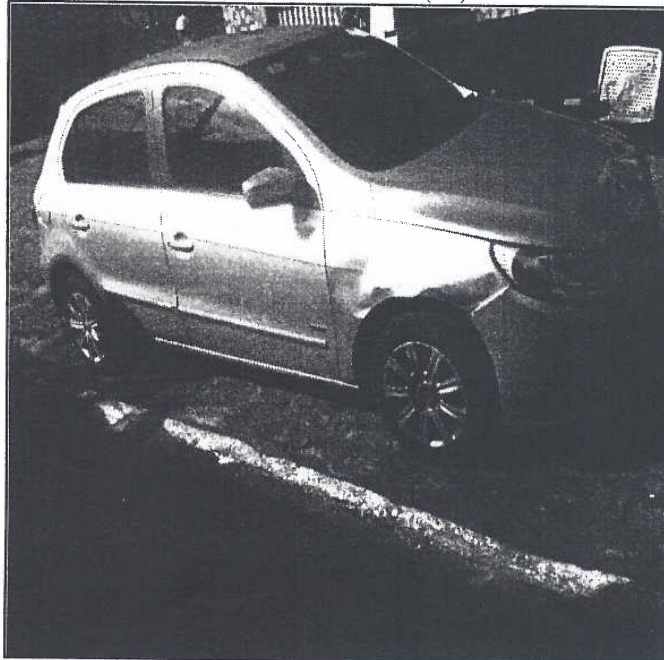
FRENTE (V1)



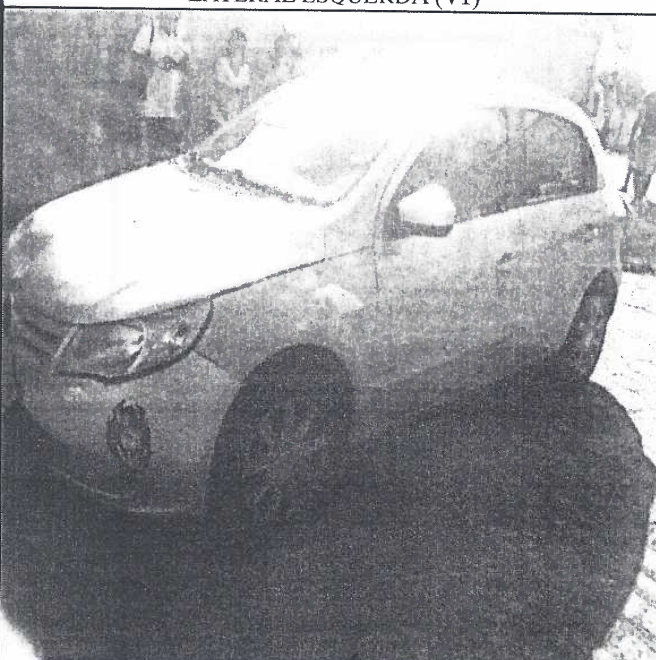
TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 13/09/2018

SINATURA

Marcelo Teixeira de Andrade 1ºSgt 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



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0572/ 2018

AMARRAÇÕES

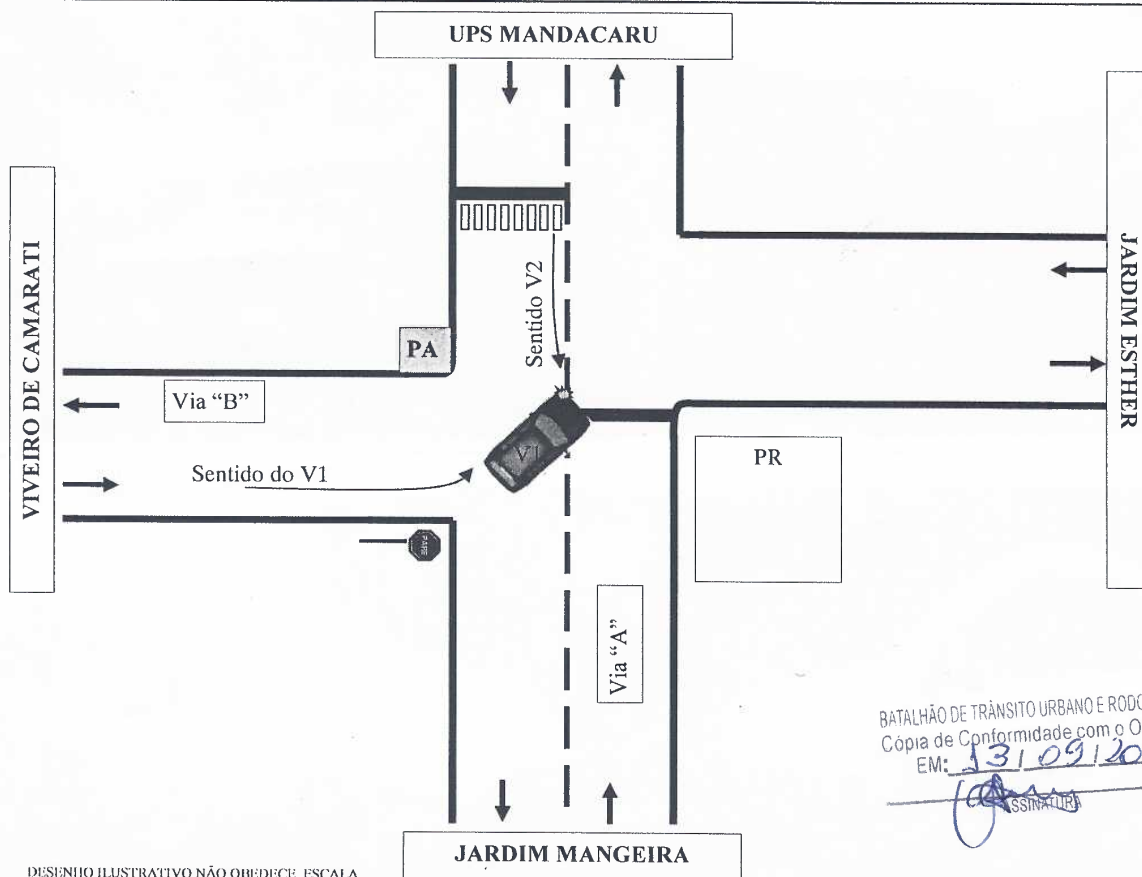
VIA "A" - Rua Alfredo José de Ataíde 07,00metros  
VIA "B" - Rua José Lins de Albuquerque 08,00metros

PR (Ponto de Referência) Mercadinho Pontes

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa/ Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 04.50 e Traseiro Esquerdo 04.50 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Retirado do local



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1



V2

Marcelo Teixeira de Andrade 1º Sgt 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 0572/ 2018

FOTOS DO V2

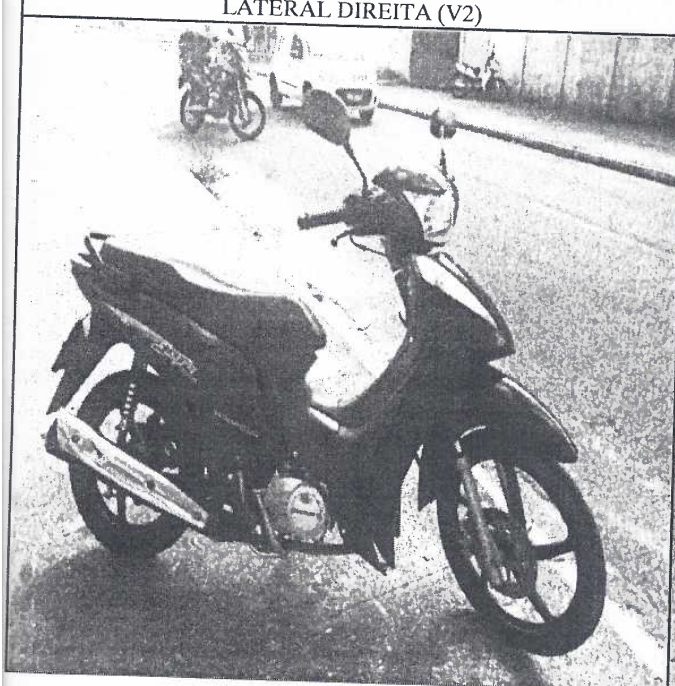
FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 13109/2018

ASSINATURA

Marcelo Teixeira de Andrade 1ºSgt 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 0572 - 2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo:

VW Gol

Placa:

NPR – 8133 PB

Responsável pelo Preenchimento:

Sgt Marcelo

Data:

18-08-2018

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	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)							00		

Observações: 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

DANOS NO V2

Marca/Modelo:

Shineray

Placa:

QFV – 3696 PB

Responsável pelo Preenchimento:

Sgt Marcelo

Data:

18-08-2018

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)				
							00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA


AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTA

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

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

João Pessoa-PB, 29 de Agosto de 2018.

  
Marcelo Texeira de Andrade 1º Sgt PM  
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 13/09/2018

  
ASSINATURA



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:27:53

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811212424300000019821828

Número do documento: 19040811212424300000019821828





VISTO EM: 17 / 09 / 18

Comandante do BAPH


Katty Sabrina do N. Silva  
TEN. CEL. QOBM- 521.280 4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**  
**3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 13 de Setembro de 2018.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0358/2018**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 13/08/2018, conforme requerimento nº 0368/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 13h46min o/a Sr.(a) **MARILEIDE FERREIRA DE LIMA**, CPF nº 568.271.724-49, vítima de acidente de (colisão (carro x moto)), ocorrido na Av. Tancredo Neves, Mandacaru – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-47, tendo como chefe o **CABO BM DENIS LIMA DE SOUZA**, Matrícula 521.611-7. Vítima consciente e orientada, com laceração na região da face e escoriações em membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza**- CB BM, Mat. 523.518-9, (  ) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

  
JYHARMESON DIEGO A. DE SOUSA  
2º TEN. MAT. 527.341-2

**Chefe da 3ª Seção**



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.  
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: caphbbs@bombeiros.pb.gov.br





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	MARILEIDE FERREIRA DE LIMA
DATA DE NASCIMENTO	12/03/64
NOME DA MÃE	SEVERINA FRANCELINA DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	110.472
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.101.117
DATA DO ATENDIMENTO	13/08/18
HORA DO ATENDIMENTO	14:23
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR TCE LEVE
CID 10	S02.4 + S06.8

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando ferimento corto-contuso em região frontal, com perda de força no lado direito do corpo(sic). Nega cefaleia e cervicalgia. Dor em joelho direito. Consciente e orientada. Creptação em zigoma direito. Degrau em rebordo ósseo infra-orbital direito. Depressão em arco zigomático direito. Depressão em pilar zigomático direito. Boa abertura bucal. TC com sinal de fratura de zigoma direito + fratura de arco zigomático direito + fratura de parede anterior e posterior do seio maxilar direito. Internação para cirurgia. Familiares solicitaram alta hospitalar.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
Ultrassonografia FAST

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura do complexo órbita-zigomático-maxilar

### TRATAMENTO:

Alta a pedido para tratamento em outro Hospital(sic).

ALTA HOSPITALAR:	15/08/2018, ÀS 08:57H. ALTA A PEDIDO.
DATA DA EMISSÃO:	05/10/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Leda Maria da Silva,  
RG nº 2337567, data de expedição 23/08/1996,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 168.151.809-25, com  
domicílio na cidade de João Pessoa/PB, no Estado de  
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Formosa Luiz Gama, nº 136, Manoelcarneiro  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Joseilton Pereira da Silva, cujo o condutor era  
Joseilton Pereira da Silva

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

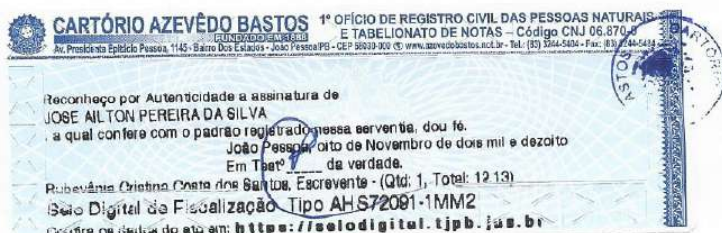
Local e Data: \_\_\_\_\_

Leda Maria da Silva

Assinatura do Declarante

Joseilton Pereira da Silva

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E HABILITACAO DE VEICULO  
VIA COD. RENAVAM EXERCICIO  
1 0110768085-6 00/00000000 2018

NOME  
LEDA MARIA DA SILVA

CPF / CNPJ 46815180425 PLACA QFV3696/PB

NOVO PLACA ANT / UF PB 99HJT1050HS000472

PAS/CICLOMOTO/NAO APPLIC  
MARCA / MODELO SHINERAY/50Q

CAP / POT / CIL 2 P/49 /CI CATEGORIA PARTIC COH PREDOMINANTE PRETA

DOTA UNICA IPVA ISENTO 00/00/0000 1ª VENC / COTAS 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 ICF (R\$) 0 PREMIO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 16/05/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA -PB LOCAL 18/05/2018 DATA 37141

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013930849267 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 46815180425 CPF / CNPJ PLACA QFV3696/PB

RENAVAM 01107680856 MARCA / MODELO SHINERAY/50Q

ANO FAB 2016 CIL 8 99HJT1050HS000472

PREMIO TARIFARIO  
R\$ (R\$) R\$ (R\$) R\$ (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO P A G O DATA DE QUITACAO 16/05/2018

SEGURO LIDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.408/0001-03





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DET-RV - PB Nº 012974049984  
2687696070

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 0110768085-6 PRT 20170000003831-2  
00700000000

LEDA MARIA DA SILVA  
RUA JORNALISTA LUIZ GAMA 136  
MANDACARU  
58027360 JOMO PESSOA - PB

46815180425 OF/CIVIL PLACA OFV3696/PB

STAR MOTOS LTDA

NOVO PB 99HJT105JHS000472

PAS/CICLOMOTO/MO APPLIC  
SHINERAY/500  
GASOLINA  
2016 2017

2 P/49 /CI PARTIC PRETA

SEM RESEKVA DE DOMINIO

M.Motor : WY139FWA15261260

JOMO PESSOA - PB LOCAL 19/01/2017

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.870-0

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATP  
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÁNSITO-DETRAN  
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

NOME DO COMPRADOR: VALORES

RG: OFICINA:

LOCAL DATA: Leda Maria da Silva

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

O vendedor, tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas consequências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.506 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).  
b) O vendedor, após o prazo máximo de 30 dias, contados da data de aquisição para providenciar a transferência do veículo para o nome do comprador, não poderá nomear em contrato de trânsito (Art. 233 do CTB) e obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICAÇÃO.  
DE ACORDO: *[Assinatura]*  
ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.870-0

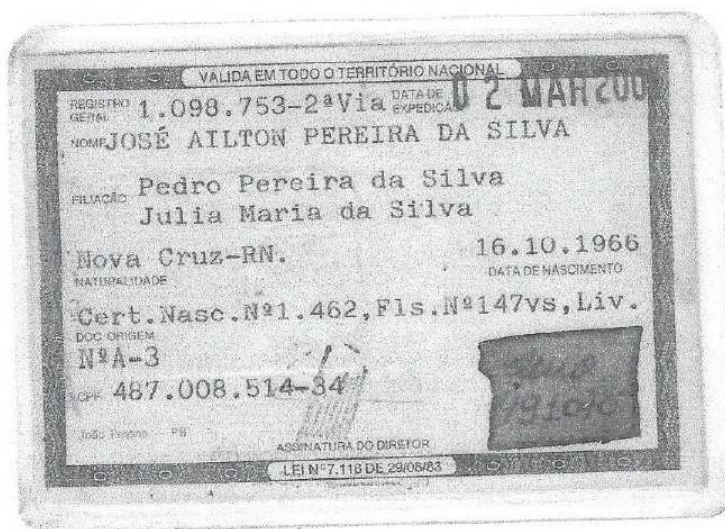
Reconheço por Autenticidade a assinatura de  
LEDA MARIA DA SILVA  
a qual compareceu com o padrão registrado nesse serventia, dou fé,  
João Pereira do Couto de Novembro de dois mil e dezoto

Plataforma Online para Recuperação de Notas - (Cód. 1, Tórn. 12 13)  
Seu Digital da Fiscalização Tipo AH672084-JASL  
Carimbo de dados do ato em: <http://seelodigital1.tipo-jas.br>

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.870-0

Reconheço por Autenticidade a assinatura de  
JOSE ALTON PEREIRA DA SILVA  
a qual compareceu com o padrão registrado nesse serventia, dou fé,  
João Pereira do Couto de Novembro de dois mil e dezoto  
Em Tórn. de verdade.  
Plataforma Online para Recuperação de Notas - (Cód. 1, Tórn. 12 13)  
Seu Digital da Fiscalização Tipo AH672084-1868  
Carimbo de dados do ato em: <http://seelodigital1.tipo-jas.br>







LEDA MARIA D'A SILVA  
 JACINTO LUIZ BATA, S/N - MANACAPURU  
 JOAO PESSOA / PB CEP: 55000-000 (AQ-1)  
 Emissão: 08/08/2018 Referência: Ago/2018  
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
 Total de 3 - 240

**energisa**  
 ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 Rua do Redator - João Pessoa / PB - CEP: 55071-680  
 CNPJ: 09.085.163/0001-40 Insc. Est. 18.016.323-0

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)  
 Conta referente a **Ago / 2013** Apresentação **08/08 2018** Data prevista da próxima leitura **06/09/2018** CPF / CNPJ / RANI **46815180425**  
 UC (Unidade Consumidora): **51625**

Anterior	Atual	Consumo
Data 18/07/16	Leitura 10342	Data 08/08/18
		Leitura 11082
<b>Demonstrativo</b>		
Quantidade Tarifada: 280,000		
Tarifa: 0,73000		
Lançamentos e Deduções		
0301 Consumo em 8/8		
0301 Adic B Verifica		
0307 CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA		
0304 JUROS DE MORFIA 07/2018		
0306 MULTA 07/2018		
0305 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018		

Código de Classificação do ICCT: **22.02 039.44**  
 Média últimos meses (kWh): **257**  
**VENCIMENTO 16/08/2018**  
**TOTAL A PAGAR R\$ 220,09**

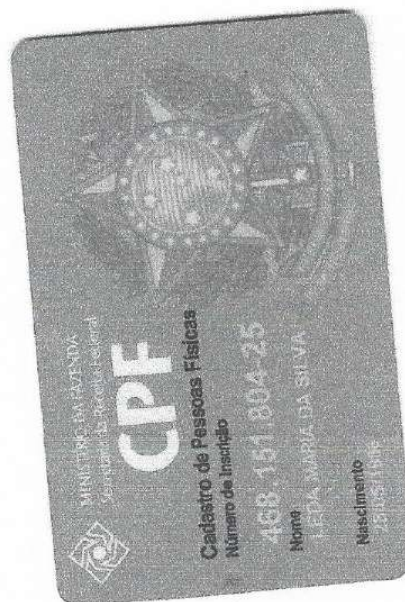
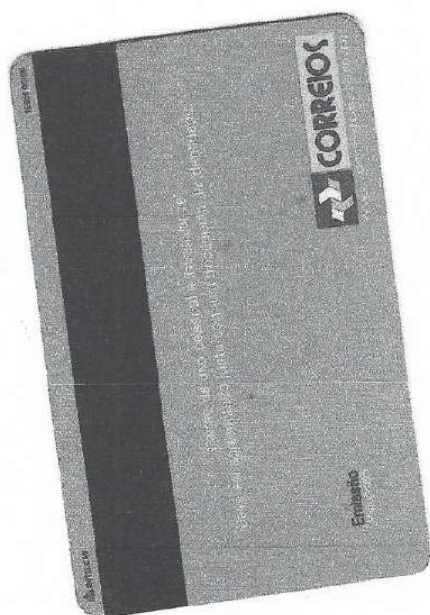
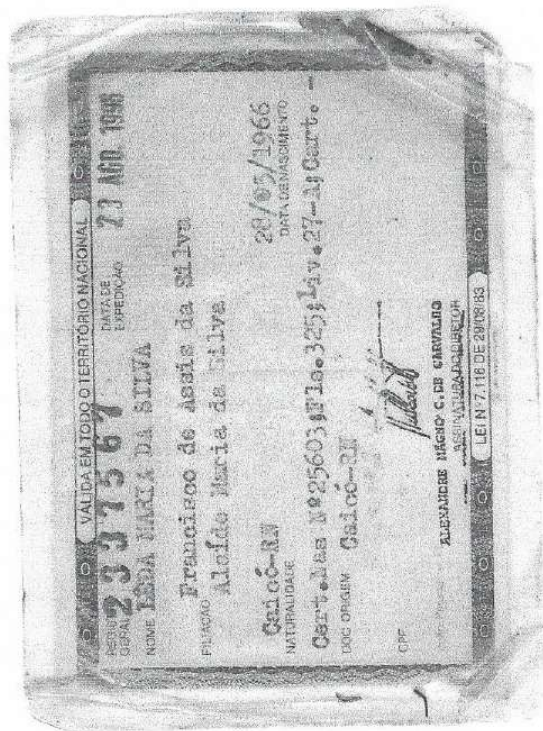
**Histórico de Consumo (kWh)**  
 288 | 219 | 228 | 273 | 250 | 291 | 301 | 283 | 281 | 289 | 287 | 287  
 Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18  
**RESERVADO AO CDE**  
**Cb26.fide.963d.01a7.edc7.57e6.2838.cde7.**

Indicadores de Qualidade			Discriminação de Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIV. MENSAIS	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 281	Serviço de Dist. da Energia a PB	41,83	21,50
DIV. TRIMESTRAL	0,00		Consumo de Energia	88,46	31,11
DIV. SEMESTRAL	0,00		Serviço de Transmissão	7,26	3,30
DIV. ANUAL	0,00		Impostos, Taxas e Encargos	19,11	8,68
DIV. QUINQUENAL	0,00		Outros Serviços	63,93	28,98
DIV. OUTROS	0,00		<b>Total</b>	<b>220,09</b>	<b>100,00</b>

**ATENÇÃO**

**Faturas em atraso**





S' AR MOTOS LTDA  
RUA MINISTRO JOSE AMERICO DE ALMEIDA, 64 - TORRE - JOAO PESSOA - PB  
CNPJ: 14.047.826/0001-03 - IE: 161869637 - TEL: (83)3031-2345

**DANFE N° 001 - Documento Auxiliar**  
**da Nota Fiscal Eletrônica de Consumidor Final**  
Não permite aproveitamento de crédito do ICMS

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL UNIT	VL TOTAL
99HJT105	CHASSI 99HJT1050HS000472	1,00	UN	4590,00	4590,00
0HS00047	MODELO SHINERAY/50Q-CICLOMOTOR				
2	JET+				
	Veículo: NOVO Marca: SHINERAY				
	Tipo: CICLOMOTOR Model:				
	SHINERAY/50Q-CICLOMOTOR JET+				
	Comb.: GASOLINA Ano Fab.: 2016 Ano				
	Mod.: 2017				
	Chassi: 99HJT1050HS000472				
	Motor: WY139FMA15261260 49cc 2,4 Hp				
	Cor: PRETA Renavam: 01117				
	NF Origem: 4979				
	Especie: PASSAGEIROS				
	Passageiros: 2				

Qtd. Total de Itens	1
Valor Total R\$	R\$ 4.590,00
Valor Desconto R\$	R\$ 0,00
Valor Acréscimo R\$	R\$ 0,00
Forma de Pagamento	Valor Pago
Cartão de Crédito	2.295,00
Cartão de Crédito	2.295,00

**ÁREA DE MENSAGEM FISCAL**

Número 000.001.717 - Série: 001  
Emissão 28/12/2016 16:25:26 - Via Consumidor

Consulte pela chave de acesso em:  
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>

**CHAVE DE ACESSO**

2516 1214 0478 2600 110 6500 1000 0017 1116 0001 7172

**CONSUMIDOR**

CPF: 468.151.14-25 LEDA MARIA DA SILVA  
RUA JORNALISTA LUIZ GAMA, 136  
Manduru - JOAO PESSOA/PB

Consulte via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização  
325160179-70556 28/12/2016 16:27:59







# Negociação N° 18333

14.047.826/0001-10 STAR MOTOS LTDA

Página 1 de 2

NÃO É DOCUMENTO FISCAL - NÃO É VÁLIDO COMO RECIBO E COMO GARANTIA DE MICROADICIONA - NÃO COMPROVA PAGAMENTO

**DADOS DA NEGOCIAÇÃO DO VEÍCULO**

Situação	Data	Vendedor	INFORMAÇÕES CONSÓRCIO				
Atendido	28/12/2016	FELIPE CEZAR JACER DA PIRES	Contrato	Série	Grupo	Cota	RD
Forma de Pagamento							
CARTAO VISA PARCELADO LOJA							

**DADOS DO CLIENTE**

CGC/CPF: 468.151.804-25 NOME: LEDA MARIA DA SILVA RG/IE: NAOCONTRIBUINTE

ENDEREÇO: Rua Jornalista Luiz Gama, 136  
COMPLEMENTO:  
BAIRRO: Mandacaru  
CIDADE-UF: JOÃO PESSOA - PB  
CEP: 58027-360

FONE

CELULAR

(83)87854348

E-MAIL

CONTATO

PAI:

MÃE:

**DADOS DO VEÍCULO**

DADOS DO VEÍCULO				
MODELO		CHASSI	Fab/Mod	COR
JET +		99HJT1050HS000472	2016/2017	PRETA
SITUAÇÃO ESTOQUE		PREVISÃO DE ENTREGA	VALOR VEÍCULO	
Reservado		30/12/2016	4.590,00	
TRIBUTOS E OUTROS VALORES				VALOR TOTAL
IPI	ICMS ST	SEGURO	FRETE	
0,00	0,00	0,00	0,00	
				4.590,00

**CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

ENTRADA	CONSÓRCIO	FINANCIADO	OUTROS	VEÍCULOS	TOTAL CRÉDITO CLIENTE
0,00	0,00	0,00	4.590,00	0,00	4.590,00

DOCUMENTO	VENCIMENTO	TIPO DOCUMENTO	VALOR	BANCO	AGÊNCIA	CC	Nº CHEQUE
18333/1	27/01/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/2	26/02/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/3	28/03/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/4	27/04/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/5	27/05/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/6	26/06/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/7	26/07/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/8	25/08/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/9	24/09/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/10	24/10/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/11	23/11/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/12	23/12/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/13	27/01/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/14	26/02/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/15	28/03/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/16	27/04/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/17	27/05/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/18	26/06/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/19	26/07/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/20	25/08/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/21	24/09/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/22	24/10/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/23	23/11/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/24	23/12/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				

4.590,00

**OBSERVAÇÕES DA NEGOCIAÇÃO DO VEÍCULO****OBSERVAÇÕES EXTRAS**

5 dias úteis

Usuário: FELIPE

28/12/2016 16:19:51

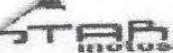


Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811220169200000019821868>

Número do documento: 19040811220169200000019821868

Num. 20376629 - Pág. 3



## Negociação Nº 18333

14.047.826/0001-10 STAR MOTOS LTDA

Página 2 de 2

NÃO É DOCUMENTO FISCAL - NÃO É VÁLIDO COMO RECIBO E COMO GARANTIA DE MERCADORIA - NÃO COMPROVA PAGAMENTO

LEDA MARIA DA SILVA

FELIPE CEZAR JACER DA PIRES

VENDA SUJEITA A ALTERAÇÃO DE PREÇO

Prezado cliente,

Favor pagar somente no CAIXA

Após receber sua Nota Fiscal, caso seu veículo esteja liberado, solicite o mesmo na recepção até as 16:00 hs, impreterivelmente.

LEDA MARIA DA SILVA

Em : / /

28/12/2016 16:19:51

Usuário: FELIPE



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811220169200000019821868>

Número do documento: 19040811220169200000019821868

Num. 20376629 - Pág. 4

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima <b>568.271 724 -49</b>	Nome completo da vítima <b>MARILEIDE FERREIRA DE LIMA</b>
---------------------------	---	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>MARILEIDE FERREIRA DE LIMA</b>		CPF titular da conta <b>568.271 724 -49</b>	Profissão
Endereço <b>RUA GALANTERO DE BRITO, S/N Q AL19</b>		Número <b>19</b>	Complemento
Bairro <b>MANDACARU</b>	Cidade <b>JOÃO PESSOA</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>58027-240</b>
Email		Telefone (DDD)	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. <b>0904</b>	D/V	CONTA NRO. <b>013</b>	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome		NRO	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

*João Pessoa* 01 de novembro de 2018  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FABR 001 V001/2017





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

CPF da Vítima

568.271.724-49

Data do Acidente

13.08.2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

João Pessoa-PB 01 de novembro de 2018

Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

001/2017



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418005/18

**Vítima:** MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

**CPF:** 568.271.724-49

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 13/08/2018

**Titular do CPF:** MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

5180542452

**MARILEIDE FERREIRA DE LIMA : 568.271.724-49**

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.

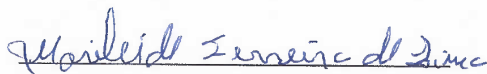
Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

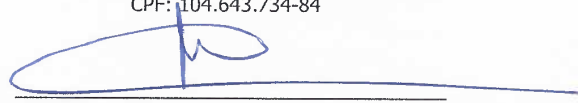
Data da entrega: 19/11/2018  
Nome: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA  
CPF: 568.271.724-49

  
MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

Procedo  
devolvido

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora


Data do cadastramento: 19/11/2018  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

  
MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418035/18

Vítima: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

CPF: 568.271.724-49

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 13/08/2018

Titular do CPF: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Comprovantes de despesas médicas  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

3180542501

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA : 568.271.724-49

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue


Data da entrega: 19/11/2018  
Nome: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA  
CPF: 568.271.724-49

  
MARILEIDE FERREIRA DE LIMA


Processo  
deguilvado

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

  
MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





Seguradora  
**LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

[/Pages /Acessibilidade.aspx](#)

[/Pages /Atalhos](#)

[/Pages /Como Pedir a Indenização](#)

Documentos Despesas Médicas [/Pages /Documentacao-Despesas-Medicadas.aspx](#)

Documentos Invalidez Permanente [/Pages /Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx](#)

Documentos Morte [/Pages /Documentacao-Morte.aspx](#)

Dicas Indispensáveis [/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#)

**Nova Consulta**

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são em DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, cujo parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

### SINISTRO 3180542452 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** MARILEIDE FERREIRA DE LIMA  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB  
**BENEFICIÁRIO** MARILEIDE FERREIRA DE LIMA  
**CPF/CNPJ:** 56827172449


**Posição em 08-04-2019 10:30:57**  
Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que v pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua c aqui no site.


Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/11/2018	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
23/11/2018	Aviso de Sinistro	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qm___OQfTSrp0MG/q2DPnyqnlc56HqOzc8lKyOQa0sFgcL02fXKEZEFEw___MFZ6Eyy07MlyrNPicHdUn/0gsJecG5n/79USVAH1FK8B5zh3jigVz9FWSLg1chmSqSUROLDqjG4bRDjSYrVG___KhOLkk3CVN3?api_key=...">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qm___OQfTSrp0MG/q2DPnyqnlc56HqOzc8lKyOQa0sFgcL02fXKEZEFEw___MFZ6Eyy07MlyrNPicHdUn/0gsJecG5n/79USVAH1FK8B5zh3jigVz9FWSLg1chmSqSUROLDqjG4bRDjSYrVG___KhOLkk3CVN3?api_key=...</a>


**BAIXE O APLICATIVO DO SEGURO DPVAT**

 Disponível na **App Store** (<https://itunes.apple.com/us/app/seguir-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)

 Disponível no **Google Play** (<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataforma-digital>)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. [/Pages /Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#)



<https://www.seguradoralider.com.br>

### Serviços

- » Acompanhe seu Processo [/Pages /Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#)
- » Saiba Como Pedir a Indenização [/Pages /Consultar-Pagamentos-Efetuos.aspx](#)
- » Pontos de Atendimento [/Pontos-de-Atendimento](#)
- » Como Pedir a Indenização [/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao](#)

### Dúvidas e Respostas

- » A Seguradora Líder-DPVAT [/Pages /Quem-Somos.aspx](#)
- » Sobre o Seguro DPVAT [/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx](#)
- » Informações Gerais [/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx](#)
- » Dicas Indispensáveis [/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#)
- » Dicionário do Seguro DPVAT [/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT](#)
- » Perguntas Frequentes [/Seguro-DPVAT/Perguntas-Frequentes.aspx](#)

### Atendimento

- » Chat - Atendimento On-line [/Contato /Chat-e-Atendimento-On-Line](#)
- » Dúvidas, Reclamações e Sugestões [/Contato /Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes](#)
- » Telefones de Contato [/Contato/telefones-de-contato](#)
- » Ouvidoria [/Contato /Ouvidoria](#)
- » Canal de Denúncias [/Contato/canal-de-Denuncias](#)
- » Mapa do Site [/Mapa-do-Site](#)
- » Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT [/Seguro-DPVAT/Download](#)

Termos de uso e política de privacidade [/Pages/Termos-de-Uso.aspx](#)





Hospital Samaritano

AV. SANTA JULIA, 35 - TORRE - JOÃO PESSOA/Pb - CEP. 58040-450 - FONE: (83) 3048-2100  
CNPJ 09.129.222/0001-83

**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**

Paciente: Marikeide Figueira de Lima

Endereço: R. Carlos Kellmann, 19

Prescrição:

Uso inj!  
5 Caposina 500mg — 1a  
7 (sete) dias  
6/6h por.

30  
18  
13  
2) Aflorindo gel 400mg — 1a  
7 (sete) dias  
8/8h por.

Dr. Diogo Hoston  
Cir. Buco-Maxilo-Facial  
CRM 4143

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO(A)

**IDENTIFICAÇÃO / COMPRADOR**

Nome: \_\_\_\_\_

RG.: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO / FORNECEDOR**

ASSINATURA DO FARMACEUTICO

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Orientações

- 1) Higiene da ferida e/ água e sabão.
- 2) Usar clorexidina após o banho (Clorexidina 2%)
- 3) Proteção da pele
- 4) Remover pontos na próxima 6ª feira

Dr. Olavo Hesson  
Cir. Buco-Maxilo-Facial  
CRM 443

Ressonância Magnética – Tomografia – Hemodinâmica – Ultrassanografia  
Endoscopia – Laboratório de Análises Clínicas – Radiologia – Videolaparoscopia

Av. Santa Júlia, 35 – Torre – João Pessoa – Pb

Fone: (83) 3048-2100





P/ Marielide Ferreira.

uso ml

1) Dipirona 1g — 1cx  
tornar 1 cp de 6/6h.

Dr. Olavo Boston  
Cir. Bucal, Maxilo  
Gens. Reg. #143

João Pessoa 17 de 8 de 18

Rua Dep. Geraldo Mariz, 912 sala B - Tambauzinho - João Pessoa/PB | Fones: (83) 3042.3782 / (83) 98736.1961 / (83) 99804.3630





## Orientações

- 1) Higiene 2x ao dia dos primeiros.
- 2) Higiene da Boca após todas as refeições.
- 3) Compressa morna na boca 3x ao dia (usar pano em quantidade e/ ou furo de engomado).
- 4) Manter cabeça mais elevada que o corpo.
- 5) Usar soro e/ ou gaze 3x ao dia.

João Pessoa 17 de 8 de 18

Dr. Flavio Hoston  
Or. Paulo - Inakilo  
C.R.O. 144.4145

Rua Dep. Geraldo Mariz, 912 sala B - Tambauzinho - João Pessoa/PB | Fones: (83) 3042.3782 / (83) 98736.1961 / (83) 99804.3630





8/Marcelo de Fereira de Lima

ECG + Riso eimgico el  
eimgia de fce.  
(Austria Geral)

Dr. Olavo Hoston  
Cir. Buco. Maxilo  
Cris. Reg. 4143

João Pessoa de 8 de 18

Rua Dep. Geraldo Mariz, 912 sala B - Tambauzinho - João Pessoa/PB | Fones: (83) 3042.3782 / (83) 98736.1961 / (83) 99804.3630



# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

UNIFACE - Reabilitação Oral e  
Cirurgia da Face - LTDA

C.N.P.J. 16.853.751/0001-90

R. Dep. Geraldo Mariz, 912, sala B.  
Tambauzinho. João Pessoa, PB.

1ª VIA: FARMÁCIA

2ª VIA: PACIENTE\*

Nome: *Maurício Ferreira de Lima*

Endereço: *Empreendimento Pague Menos S/A*

Prescrição: *1) Cefalexina 500mg*  
*Tomar 1 cp 6h por 7 (sete)*  
*dias*  
*Empreendimento Pague Menos S/A*  
*DISPENSADO*  
*2) Metformina 500mg*  
*Tomar 1 cp 8h por 7 (sete)*  
*dias*

DATA *17/8/18*

*Dr. Olavo Hoston*  
*Cl. Buco - Ina 106*  
*Cons. Reg. 1143*

Assinatura e Carimbo

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do

Farmacêutico







# HOSPITAL SAMARITANO LTDA.

CNPJ: 09.129.222/0001-83

Av. Santa Júlia, 35 - Torre - João Pessoa - Paraíba

Fones: (83) 3048-2100 / Fax: (83) 3048-2111

R\$

1.000,00

## RECIBO

1ª Via - Cliente

2ª Via - Contabilidade

3ª Via - Fixa

Nº 10962

Recebemos de (a)

Juliano de Silva Borges Pereira

a importância de R\$

Hum mil reais.

referente a

Procedimento Cirúrgico - Fratura de Malas,  
Pac: Marilide Ferreira de Lima.

pelo que passo (emos) o presente recibo, para um só efeito.

João Pessoa,

29

de

Agosto

de 20

18



Hospital Samaritano Ltda





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA DE RECEITA MUNICIPAL  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

NÚMERO  
1008096  
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO  
FQ1WSEBAJ

DADOS BÁSICOS

DATA DA EMISSÃO	COMPETÊNCIA	ISS A RETER	Nº DO RPS	Nº DA NFS-e SUBSTITUIDORA	Nº DA NFS-e SUBSTITUÍDA
25/10/2018	25/10/2018	Não			

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

NOME / NOME EMPRESARIAL	NOME DE FANTASIA	CPF / CNPJ
HOSPITAL SAMARITANO LTDA		09.129.222/0001-83
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	EXIGIBILIDADE TRIBUTÁRIA	Nº DO PROCESSO
78344	Exigível	Não

LOGRADOURO	NÚMERO
AV SANTA JULIA	00035

COMPLEMENTO	BAIRRO
	TORRE

MUNICÍPIO	ESTADO	PAÍS
João Pessoa	PB	BRASIL

CEP	TELEFONE	E-MAIL
58040-450	(83) 3048-2100	pedrojorge@pedrojorge.com.br

TOMADOR DOS SERVIÇOS

NOME / NOME EMPRESARIAL	CPF / CNPJ	INSCRIÇÃO MUNICIPAL
MARILEIDE FERREIRA DE LIMA	568.271.724-49	

LOGRADOURO	NÚMERO
Rua General Antero de Brito	01

COMPLEMENTO	BAIRRO
	Alto do Céu

MUNICÍPIO	ESTADO	PAÍS
João Pessoa	PB	BRASIL

CEP	TELEFONE	E-MAIL
58027-733		

SERVIÇOS PRESTADOS

ITEM DA LISTA DE SERVIÇOS
4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

DESCRIÇÃO DETALHADA

REFERENTE A PAGAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MALAR, REALIZADO NO DIA 29 DE AGOSTO DE 2018.

OBRA VINCULADA - CONSTRUÇÃO CIVIL

LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

MUNICÍPIO	ESTADO	PAÍS
João Pessoa	PB	BRASIL

VALORES

VALORES BÁSICOS

VALOR DOS SERVIÇOS	DESCONTO INCONDICIONADO	DESCONTO CONDICIONADO	DEDUÇÃO LEGAL
R\$ 1.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

RETENÇÕES DE TRIBUTOS FEDERAIS

PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

VALORES COMPLEMENTARES

OUTRAS RETENÇÕES	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	ISS	VALOR LÍQUIDO
R\$ 0,00	R\$ 1.000,00	2.50 %	R\$ 25,00	R\$ 1.000,00

USO DA ADMINISTRAÇÃO TRIBUTÁRIA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES





**HOSPITAL SAMARITANO LTDA.**

CNPJ: 09.129.222/0001-83  
Av. Santa Júlia, 35 - Torre - João Pessoa - Paraíba  
Fones: (83) 3048-2100 / Fax: (83) 3048-2111

R\$

1.937,39

**RECIBO**

1ª Via - Cliente

2ª Via - Contabilidade

3ª Via - Fixa

Nº 10724

Recebemos de (a) Marilene Pereira de Lima

a importância de R\$ duz. novecentos e trinta e sete reais e

trinta e nove centavos.

referente a Despesas Hospitalares.

pelo que passo (emos) o presente recibo, para um só efeito.

João Pessoa, 17 de Agosto de 20 18

Marilene Pereira de Lima  
Hospital Samaritano Ltda







PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA DE RECEITA MUNICIPAL  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

NÚMERO  
1008095  
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO  
BLODD9LOU

DADOS BÁSICOS

DATA DA EMISSÃO	COMPETÊNCIA	ISS A RETER	Nº DO RPS	Nº DA NFS-e SUBSTITUIDORA	Nº DA NFS-e SUBSTITUÍDA
25/10/2018	25/10/2018	Não			

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

NOME / NOME EMPRESARIAL		NOME DE FANTASIA		CPF / CNPJ	
HOSPITAL SAMARITANO LTDA				09.129.222/0001-83	
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	EXIGIBILIDADE TRIBUTÁRIA	Nº DO PROCESSO	OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL	OPTANTE PELO SIMEI	
78344	Exigível		Não	Não	

LOGRADOURO  
AV SANTA JULIA  
NÚMERO  
00035

COMPLEMENTO  
BAIRRO

MUNICÍPIO  
TORRE

João Pessoa  
ESTADO  
PB

CEP  
58040-450

TELEFONE  
(83) 3048-2100

E-MAIL  
pedrojorge@pedrojorge.com.br

TOMADOR DOS SERVIÇOS

NOME / NOME EMPRESARIAL	CPF / CNPJ	INSCRIÇÃO MUNICIPAL
MARILEIDE FERREIRA DE LIMA	568.271.724-49	

LOGRADOURO  
Rua General Antero de Brito

COMPLEMENTO  
NÚMERO  
01

BAIRRO  
Alto do Céu

MUNICÍPIO  
ESTADO  
PB

João Pessoa  
PAÍS  
BRASIL

CEP  
58027-733

TELEFONE  
E-MAIL

SERVIÇOS PRESTADOS

ITEM DA LISTA DE SERVIÇOS  
4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

DESCRIÇÃO DETALHADA

REFERENTE A DESPESAS HOSPITALARES CORRESPONDENTES A INTERNAÇÃO CLÍNICA NO DIA 15 DE AGOSTO DE 2018

OBRA VINCULADA - CONSTRUÇÃO CIVIL

LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

MUNICÍPIO	ESTADO	PAÍS
João Pessoa	PB	BRASIL

VALORES

VALORES BÁSICOS

VALOR DOS SERVIÇOS	DESCONTO INCONDICIONADO	DESCONTO CONDICIONADO	DEDUÇÃO LEGAL
R\$ 1.937,39	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

RETENÇÕES DE TRIBUTOS FEDERAIS

PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

VALORES COMPLEMENTARES

OUTRAS RETENÇÕES	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	ISS	VALOR LÍQUIDO
R\$ 0,00	R\$ 1.937,39	2.50 %	R\$ 48,43	R\$ 1.937,39

USO DA ADMINISTRAÇÃO TRIBUTÁRIA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES





EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.  
IN:000000001139509  
CNPJ: 06626253045414 I.E: 161915264  
AV SANTA CATARINA 1100 - ESTADOS,  
JOAO PESSOA - PB

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

#ICOD	DESC	QTD	UN	VL UNIT R\$1	TOT ITEM R\$
1	151122 CEFALOXINA 500MG CPD/8 GN-EHS +	1	CXx24.32	24.32	24.32
Desconto					-5.17
2	190128 CEFALOXINA 500MG CPD/10 GN-EHS +	1	UNx29.49	29.49	29.49
Desconto					-10.89
3	457124 DIPIRONA SOD 1G CPD/10 GN-NW	1	CXx15.89	15.89	15.89
Desconto					-2.69
4	190128 CEFALOXINA 500MG CPD/10 GN-EHS +	1	UNx29.49	29.49	29.49
Desconto					-10.89
5	375716 FITA P MENOS MICROPOR BEGE25MMX4,5H	1	UNx6.51	6.51	6.51
De:	6,51 Par:	6,20			-0.31
Desconto					25.75
6	21970 FLAGYL 400MG CPD C/24 + 1 CXx25.75				25.75
De:	25,75 Par:	22,15			-3.60
Desconto					
QTD. TOTAL DE ITENS					6
VALOR TOTAL R\$					97.90
Dinheiro					97.90

T R O C O R\$: 2.10

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLA JULIANA, SEJA BEM-VINDO(A) AO NOVO PROGRAMA DE FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM BENEFICIOS PERSONALIZADOS PRA VOCE.

PARABENS! VOCE E UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 33,55

SEU SALDO DE JULHO A DEZEMBRO/2018 E DE R\$ 17.90\*. ATINJA R\$ 500.00 ATE 31/12/2018 E SEJA UM CLIENTE PURO.

\*ESSE VALOR E UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, EX CLUINDO MEDICAMENTOS E SERVICOS. SUAS COMPRAS SAO CONTABILIZADAS EM ATE 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA MAIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 087.\*\*\*.\*\*\*-36  
Operador: 88076 Vendedor: 21400  
Trib aprox R\$:10,67 Fed e R\$:0,00 Est e R\$:0,00 Muni  
Fonte: IBPT ca7g13  
Obrigado e Volte Sempre.

Número 000082572 Série 007 Emissão 30/08/2018 13:54:04  
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>

CHAVE DE ACESSO  
2518 0806 6262 5304 5414 6500 7000 0825 7210 0030 3104

CONSUMIDOR  
CPF: 03742514436 JULIANA DA SILVA

Consulta via Leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 325180203563324  
30/08/2018 13:54:01

## FARMÁCIA MICHELY

FRANCIMAR OLIVEIRA DE FREITAS ME

CNPJ: 10.957.520/0001-40

R SILVINO SANTOS, 191 A - MANDACARU - joao pessoa - PB -  
58027-470 - FONE: 83-3224-5446

### DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

#ICOD	DESC	QTD	UN	VL UNIT R\$1	TOT ITEM R\$
001	13687 PVPT RIODETINE 100ML	1	UND	8.00	8.00
002	17433 PARACETA 150MG C/12 CAPS	1	UND	2.50	2.50
003	10954 A A S INF ANTIL ENV 10	2	UND	1.50	3.00
004	4168 COTONETES 175	1	UND	2.50	2.50

QTD. TOTAL DE ITENS

VALOR TOTAL R\$

FORMA DE PAGAMENTO

Dinheiro

004

14,50

Valor Pago

14.50

Número 000045589 - Série 002

Emissão 30/08/2018 14:44:49 - Via Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>

2518 0810 9575 2000 0140 6500 2010 0414 8910 0178 2586

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



Vendedor: ELDA FREITAS Venda: 178258

Tributos Incidentes Lei Federal 12.741/12 - Total R\$ 1,60

Digifarma



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811233723400000019821991>

Número do documento: 19040811233723400000019821991



**AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO**

Nome: Marcelo Faria da C. Sexo: M Idade: 59  
CIRURGIA PROPOSTA: Fundo de orelha

Queixas Cardiovasculares: SI queixa com dor

Medicações em Uso: Losartan e Digoxina e Simvastatina

**Antecedentes S/N**

HAS (X) - TABAGISMO (N) - D. MELLITUS (N) - ASMA BRÔNQUICA (N) - DPOC ( )  
ALERGIA MEDICAMENTOSA (N) - INTERCORRÊNCIA ANESTÉSICA ( ) - OUTROS ( )

**Exame Físico:**

Estado Geral: Bom  
ACV: BA e FRA (ma) e FRA (me)  
Outros: PA = 130 x 80 mmHg  
ECG: RS + normal

**GRADUAÇÃO DE RISCO (Índice de Goldman)**

IAM < 6 meses = 10 pontos; IAM > 6 meses = 05 pontos; Angina tipo III = 10 pontos;  
Angina tipo IV = 20 pontos; Angina Instável < 6 meses = 10 pontos; Antc. EAP = 05 pontos;  
EAP < 1 semana = 10 pontos; Est Aórtica Crítica = 20 pontos; FA/ESV = 05 pontos;  
ESV (+ de 5/min) = 05 pontos; ESV (< de 5/min) = 05 pontos; Emergência = 10 pontos.

X RISCO I (LEVE) = 0 a 5 Pontos - RISCO III (MÉDIO) = 13 a 25 Pontos

RISCO II (PEQUENO) = 6 a 12 pontos - RISCO IV (GRANDE) > 26 Pontos

Conclusão: **RISCO CIRÚRGICO - Grau ( I )**

22/08/18.

Assinado por G. M. S.

Dr. Maurício Petrucci  
Cardiologia  
CRM 1333

**Unidade I**

Av. Dr. João da Mata, 520 - Jaguaribe

CEP 58015-020 - João Pessoa/PB - Fones: (83) 3241-3309 / 3241-4973

**Unidade II**

Av. Dr. João da Mata, 480 - Jaguaribe

**Unidade III**

Av. Dr. João da Mata, 400 - Jaguaribe

[www.saolucas.med.br](http://www.saolucas.med.br)







Hospital Samaritano

## CENTRO CIRURGICO – FICHA DE CIRURGIA

Paciente: **MARILEIDE FERREIRA DE LIMA**

Idade:

Sexo: **F**

Sala: **02**

Data: 29/8/18 Convenio: **PRIVADO**

### SUMÁRIO CLÍNICO

FRATURA DE ZIGOMÁTICO

### EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião: **DR OLAVO HOSTON**

1º. Auxiliar: **DR. AUTRAN NÓBREGA**

Anestesista: **DR THEODORO**

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Data da Cirurgia: 29/08/18

Hora Inicial:

**13:20**

Hora Final:

**15:20**

Tipo de Cirurgia: **OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE ZIGOMÁTICO**

Diagnóstico Pré-Operatório: **O MESMO**

Tipo de Anestesia: **GERAL**

Intercorrências Cirúrgicas: **NENHUMA**

Diagnóstico Pós-Operatório: **O MESMO**

Cirurgia (Descrever via acesso, Tática e Técnica, Ligadura, Sutura, Aspecto das Visceras, material empregado)

1) **PACIENTE EM DDH + INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL TUBO POLO NORTE (01)**

2) **DEGERMAÇÃO INTRA E EXTRA ORAL**

3) **APOSIÇÃO DOS CAMPOS OPERATÓRIOS**

4) **INFILTRAÇÃO LOCAL COM NOVABUPI 3**

5) **ACESSO SUBPALPEBRAL E FRONTO-ZIGOMÁTICA**

6) **REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACAS E PARAFUSOS (SISTEMA 1.5/2.0)**

7) **HEMOSTASIA COM STASIL**

8) **SUTURA POR PLANOS + CURATIVO**

Dr. Olavo Hoston  
Cirurgião Especialista em Cirurgia Maxilo-Facial  
CRM 4143







Paciente:	Marilide Ferreira de Lima			Convênio:	Unimed
Cirurgia:	Fratura de fêmur			Data:	29-08-18
Cirurgião:	Dr. Osvaldo de Sá			Anestesista:	Dr. Zilma
Auxiliar 1:	Dr. Antônio Nobrega			Anestesia:	Óxido
Auxiliar 2:				Circulante:	Zilma
Instrumentador:				Idade:	

MEDICAMENTOS					
Água Destilada 10 ml		Droperidol		Nimbium	01'
Adrenalina		Etomidato		Neomicina Pomada	
Aminofilina		Efedrina		Neocaína Isobárica	
Amicacina		Fenergan		Neocaína Pesada	
Atropina		Fentanil 2ml		Novabupi 0,5 c/v	01'
Bextra 40mg		Fentanil 10ml		Novabupi 0,5 s/v	
Buscopam Composto		Flagyl 500mg		Nubaim	
Buscopam Simples		Fenitoína		Omeprazol	
Brycanil		Flumazenil		Oxacilina 500mg	
Clonidina	01'	Gentamicina		Pavulon	
Cipro 200mg		Glicose 50%		Plasil	
Duo Decadron		Hidrocortisona		Precedex	
Dimorf 0,2mg		Keflim 1g		Profenid	
Dimorf 10mg		Kefazol 1g	01'	Propofol	01'
Dimorf 1mg		Ketalar/Ketamin		Prostigimine	
Dexametasona mg	01'	Kolagenase Pomada		Quelicim mg	
Dipirona Sódica	02'	Lasix		Rapifen	01'
Dolosol		Liquemine		Ranitidina	
Dormonid		Narcan		Rocefin 1g	
Diazepam		Nausedron		Telebrix	

SOLUÇÕES					
Soro Fisiol. 0,9%1000ml		Soro Ringer c/ Lactato	03	PVPI Degermante	
Soro Fisiol. 0,9%500ml	02	Água Destilada 1L		PVPI Tintura	
Soro Fisiol. 0,9%250ml		Purisol		PVPI Tópico	
Soro Glicosado 5% 250ml		Manitol			
Soro Glicosado 5% 500ml		Voluven			

MATERIAIS DESCARTÁVEIS					
Agulha 13x4,5G		Conexão 2 vias	01	Luva de Procedimento	10
Agulha 25x7G		Dreno Penrose 1		Luva 7,0	
Agulha 40x12G	02	Dreno Penrose 2		Luva 7,5	01
Agulha Raqui 25G		Dreno Penrose 3		Luva 8,0	
Agulha Raqui 26G		Dreno Sucção 3,2		Luva 8,5	
Agulha Raqui 27G		Dreno Sucção 4,8		Lâmina Bisturi 11	
Agulha Peridural 16G		Dreno Sucção 6,4		Lâmina Bisturi 15	01
Agulha Peridural 17G		Dreno Tórax 32		Lâmina Bisturi 24	
Agulha Peridural 18G		Dreno Tórax 36		Máscara Descartável	05
Agulha de Bloqueio Plexo		Dreno Tórax 38		Propé	
Jelco 14G		Esparadrapo		Seringa 1ml	
Jelco 16G		Eletrodos	05	Seringa 3ml	
Jelco 18G		Equipo Macrogotas	01	Seringa 5ml	01
Jelco 20G		Equipo Microgotas		Seringa 10ml	02
Jelco 22G	01	Escova degermante	02	Seringa 20ml	03
Jelco 24G		Gorro Descartável	01	Seringa 60ml	
Atadura Crepom 15cm		Gaze Pacote	06	Sonda Foley 3v 18	
Atadura Crepom 30cm		Gelfoan		Sonda Foley 3v 20	
Atadura Gessada		Surgicel		Sonda Foley 3v 22	
Coletor Sist. Aberto		Intracath		Sonda Foley 2v 12	
Coletor Sist. Fechado		Catéter monolúmen		Sonda Foley 2v 14	
Cateter Nasal		Filtro bacteriológico		Sonda Foley 2v 16	
Cateter Peridural 16		Capa VDL	01	Sonda Foley 2v 18	

EQUIPAMENTOS					
Aspirador	✓	Capnógrafo		Fonte de Luz	
Bisturi Elétrico	✓	CO2	✓	Monitor	✓
Bomba de Infusão		Oxigênio		Respirador	✓
Carro de VDL		Nitrogênio		Oxímetro	✓

HALOGENADOS					
Sevorane (ml)		Halotano (ml)		Forane (ml)	

Valeriano Cardozo de Almeida  
Enfermeiro  
COREN 386.112





Hospital Samaritano

## IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: \_\_\_\_\_ Registro: 0020828  
Nome: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA  
Mãe: SEVERINA FRANCELINA DA SILVA  
Nasc: 12/03/1964 ( 54 ANOS )  
Convênio: PART/PACOTE  
Inter: CIRÚRGICO Dat: 29/08/2018

Atendimento: \_\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Fratura de mão

Cirurgião: Dr. Orlano Moston

Sala: 08 Data: 29-08-18

Circulante de sala (não rubricar): Zilma




Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:22

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811235961700000019822026>

Número do documento: 19040811235961700000019822026



Hospital Samaritano

Ficha de Evolução Clínica

Paciente: Maryleide Ferreira  
Leito: \_\_\_\_\_ Convênio: Privado Setor: \_\_\_\_\_

DATA	
14h	Buf (29/08/18) Retirada de sutura de ziparel intenso pl e injec de fixacao
15h	Buf (29/08/18) Retirada de TCO anexo procedimento s/ intubacao Alta prevista pl manha de 12h
	30/08/18 às 12:00 Retirada de DPO e suture s/ de s/ anexo e s/ suture faca em posicao. Realizado punho e prescrito ATB + Analgesico p/ casa Alta Buf

Dr. Orlan Hoston  
Cir. Buco-Maxilo-Facial  
CRC 4143

Dr. Orlan Hoston  
Cir. Buco-Maxilo-Facial  
CRC 4143

Dr. Orlan Hoston  
Cir. Buco-Maxilo-Facial  
CRC 4143

**HOSPITAL SAMARITANO – Serviço de Farmácia DATA: 29/08/2018.**  
Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Individualizada - SDMDI

**PRESCRIÇÃO**

**PACIENTE: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA. APTO: PRIVADO**

**CONVENIO:**

ORD	AGENTE TERAPÊUTICO/QUANT./VIA	HORÁRIO
1-	DIETA LÍQUIDO FRIA VO	n. eienty
2-	SORO RINGER LACTADO 1.500 ML EV 24H	17 22 31
3-	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	21 03 09
	COMPRESSA GELADA 2/2H NA FACE	17 19 21 23
4-	TILATIL 40 MG + AD EV 12/12 H	21 03 09
	DEXAMETASONA 2,5ML EV 6/6H	17 23 05 11
5-	OMEPRAZOL 40 MG (IV) A CADA 24/24 H	05 (30/08)
6-	DIPIRONA 04CC AD 10 CC EV DE 6X6H LENTO	21 03 09
7-	NAUSEDRON 4MG + 100 ML FISIOLÓGICO 0,9% (IV) 8/8 HORAS-----S/N	SN.
8-	TRAMAL 100 MG + 100 ML DE SORO FISIOLÓGICO DE 8/8 HORAS (CORRER LENTO) EV SE DOR FORTE	SN.
9-	CABEÇEIRA ELEVADA 30°.	Atenção
10	HIGIENE ORAL APÓS REFEIÇÕES COM CEPACOL	C/ família
	SSVV DE 6X6H.	Rotina
	CURATIVO APÓS BANHO	Atenção
DR OLAVO HOSTON CRO PB 4143		SEPARADO POR





Ao Hospital Samaritano  
A/C Setor Responsável

**Assunto: Solicitação de Cópia de Prontuário.**

Eu Juliana da S. Borges Pereira, portador (a) do RG nº 3.527.085, inscrito no CPF/MF sob o nº 087.425.144-36 residente na Rua Jambor Hermano Barbosa Gomes nº 19, venho por meio desta requerer a V.Sª, cópia integral de prontuário médico do paciente Marielide Femeira de Lima relativo ao período ( ) de sua internação nesse nosocômio, conforme os termos vigente nos artigos 70 da Resolução CFM nº 1.246/1988 (revogada pela Resolução CFM nº 1.931/2009) e 89, instituído no Código de Ética Médica.

Declaro que segundo as informações contidas nesse documento será utilizada no estrito interesse do paciente ou de sua família, e ainda, que estou ciente dos efeitos civis e criminais da sua inadequada utilização, assumindo inteira responsabilidade.

Documentação exigida ao requerente:

Cópia de Carteira de Identidade autenticada.

Procuração simples com firma reconhecida em cartório (em caso terceiros).

**Obs 1.:** No caso de óbito a família terá direito devidamente com comprovação (certidão de óbito e procuração com poderes)

**Prazo de entrega:** 05 dias úteis (prazo este que poderá sofrer alteração caso haja alguma eventualidade)

**Taxa:** Será cobrado o valor de R\$ 0,15 (por folha), na entrega da cópia (Xerox).

A cópia solicitada destina-se a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nestes termos, peço acatamento.

\*Autorizo a entrega do documento ao familiar Sr. (a) Juliana da Silva Borges Pereira

Atenciosamente,

João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Juliana da S. Borges Pereira  
Assinatura

Telefone (s): 083988316094 083998491644

Atendente: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Av. Santa Lúcia, nº 35 - Torre - João Pessoa (PB) - CNPJ 09.179.777/0001-92 - Fone: (83) 3246.3100





## DECLARAÇÃO

Conforme solicitação da Sr<sup>a</sup>. JULIANA DA SILVA BORGES PEREIRA estamos entregando copia do prontuário da Sr<sup>a</sup>. **MARILEIDE FERREIRA DE LIMA** no período de 15/08/2018 a 17/08/2018.

João Pessoa, 24 de Agosto 2018.

  
**Dr. Marco Antonio Barros**  
CRM 4617  
Gestor Clínico  
Hospital Samaritano

Marco Antonio Barros  
Diretor Clínico

Avenida Santa Júlia 35 - Torre - João Pessoa (PB) - CGC 09.129.222/0001-83 - Fone/Fax (083)3048-2100 e-mail [hsamaritano@veloxmail.com.br](mailto:hsamaritano@veloxmail.com.br)






## DECLARAÇÃO

Conforme solicitação da Sr<sup>a</sup>. JULIANA DA SILVA BORGES PEREIRA estamos entregando copia do prontuário da Sr<sup>a</sup>. **MARILEIDE FERREIRA DE LIMA** no período de 29/08/2018 a 30/08/2018.

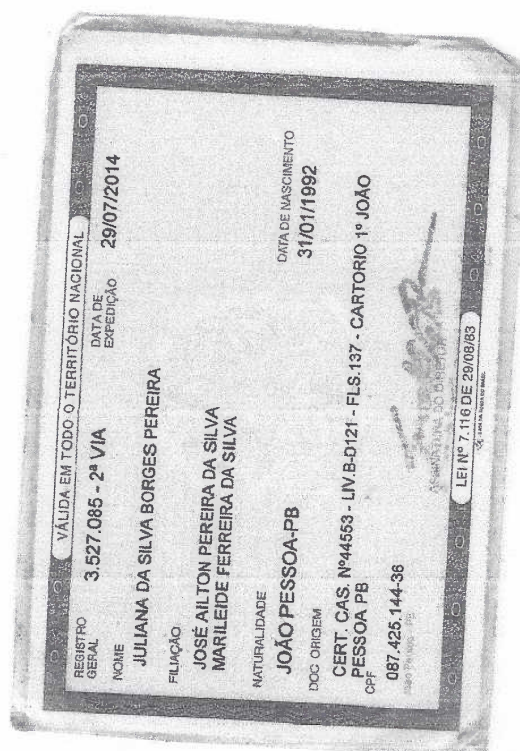
João Pessoa, 13 de Setembro de 2018.

**Dr. Marco Antonio Barros**  
CRM 4617  
Gestor Clínico  
Hospital Samaritano  
  
Marco Antonio Barros  
Diretor Clínico

Avenida Santa Júlia 35 - Torre - João Pessoa (PB) - CGC 09.129.222/0001-83 - Fone/Fax (083)3048-2100 e-mail [hsamaritano@veloxmail.com.br](mailto:hsamaritano@veloxmail.com.br)









Hospital Samaritano

CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL  
HOSPITAL SAMARITANO LTDA.

Ficha de Evolução Clínica

Paciente:

Pauline Ferreira de Lima

Leito:

Convênio:

Setor:

DATA

15/08/18

Paciente em alta após 14 dias de internação com fratura de zigomáticos, liberada espontaneamente (sem tração NCR) para acompanhamento pelo SUS.

EGB, LODE, AAA.

CD: internação hospitalar  
uso antibiótico.

15/08/18

Buco-Maxilo-Facial

Paula de Oliveira Passos  
MÉDICA  
CRM-10881

Pct em 2º DIA, cura e profusão do zigomático D. Chama +7, pronta para hemifac D. Orientado quanto higiene facial e cuidados gerais. Alta prevista p/ sexta (17/08) e retorno p/ TPO definitivo.

Dr. Olavo Hoston  
Cir. Buco-Maxilo-Facial  
CRC-4743

16/08/18

BuF.

Paciente em 3º DIA, evoluindo bem, ferimentos em cicatrização, apical, EOR, apresenta melhora do edema e redução cicatrização p/ alta. Solicita hemograma p/ amarela (17/08).

Dr. Olavo Hoston  
Cir. Buco-Maxilo-Facial  
CRC-4743



30

19788

### Prescrição Médica

Date: 15/08/2018

### Clinica:

Apr: 50

See also: Particulars

~~13~~

SEP 19 1964 FOR:

MÉDICO:

CRM:





9788




Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Date: 16.08.18

Paciente:	Mauro de Figueira da Silva		
Clinica:	Buco - Alentejo	Apt:	50

OED	AGENTE TERAPÊUTICO / QUANTIDADE / VIA	PRESCRIÇÃO
1)	Dola Line hipovalore	
2)	Cefalosina 1g EV 6/6h	VS 21 0/3
3)	Filco hipovalore	atenção
4)	Tilof 20mg EV 12/12h	VS 0/1
5)	Dipirano 1p + AD EV 6/6h	S/N
6)	Dicabitto efervescente 3j	atenção
7)	Limpiza ferimentos da face	C/ SF
8)	Oleto 1x ao dia	
9)	Limpiza OD C/ SF 0,9%	
	Rigosa Higien oral	atenção



Dr. Olayo Avelino  
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial  
CRM 4743

MÉDICO:

SEPARADO POR:

Maya Glenn  
Enfermeira  
CURR. 250572





LABORATÓRIO  
**MAURÍLIO DE ALMEIDA**  
Precisão Absoluta



E-mail: farocha@uol.com.br

Sr (a): MARILEIDE FERREIRA DE LIMA  
Di (a): MONICA LORENA DIAS M F BARROS

Data: 17/08/2018

Diretor médico: Dr. Fábio Antônio da Rocha CRM 3089-PB

Exame Nro: 1808170013

Convenio: PARTICULAR

Nro.R.G.: 1194948

Data de Nascimento: 12/03/1964

Reg Hospitalar: 50 CPF:

Data da impressão: 17/08/2018

Hora do Cadastro : 00:56:37

Procedência: SAMARITANO

PLANO: BASICO

CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL  
HOSPITAL SAMARITANO LTDA

**HEMOGRAMA COMPLETO**

Material: Sangue

**SÉRIE ERITROCITÁRIA**

	Valores Obtidos
Hemácias em Milhões/mm3 .....	3,56
Hemoglobina em g/dl.....	11,4
Hematócrito em % .....	35,4
Vol.Glo.Médio em fl.....	99,4
Hem.Glob.Média .....	32,0
C.H.Glob.Média em g/dl.....	32,2
RDW .....	17,2

**Valores de Referência**

3,87	a	5,15
11,8	a	15,2
34,0	a	45,0
80	a	100
27	a	33
32	a	36
11,5	a	15,5

**SÉRIE LEUCOCITÁRIA**

Leucócitos por mm3

Valores Obtidos  
9.700 /mm3Valores de Referência  
5.000 a 10.000 /mm3

	V. Relativos	V. Absoluto	V. Relativos	V. Absolutos
Neutrófilos Totais .....	66	6.402	41 a 77	1.600 a 7.700
mielócitos .....	0	0	00 a 00	00 a 00
metamielócitos .....	0	0	00 a 01	00 a 100
bastonetes .....	4	388	00 a 05	00 a 500
segmentados .....	62	6.014	36 a 66	1.600 a 6.600
Eosinófilos .....	3	291	01 a 05	50 a 500
Linfócitos Típicos .....	25	2.425	24 a 44	1.100 a 4.400
Linfócitos Atípicos .....	0	0	00 a 02	00 a 200
Monócitos .....	6	582	03 a 07	300 a 700

\* Determinação eletrônica realizada pelo Pentra - 120 /ABX. Histograma disponível em nossos serviços.  
\* Valores referenciais são obtidos pela idade.

CONTAGEM DE PLAQUETAS .....: 283 mil /mm3

(Sangue)Método: Pentra 120 ABX

V.Referencia: 150 - 450 mil/mm3

VOLUME PLAQUETÁRIO MÉDIO .....: 8,1 µm3

(Sangue)Método: Pentra 120 ABX

V.Referencia: 6,0 a 10,0 µm3

*Fábio Rocha*  
**Dr.Fábio Rocha**  
**Patologista Clínico**  
**CRM:3089**





LABORATÓRIO  
**MAURÍLIO DE ALMEIDA**  
Precisão Absoluta



CONTROLE  
DE  
QUALIDADE  
**SEPC**  
ESPECIALIZADO EM  
PATOLOGIA CLÍNICA

E-mail: farocha@uol.com.br

Sr (a): MARILEIDE FERREIRA DE LIMA  
Dr (a): MONICA LORENA DIAS M F BARROS

Data: 17/08/2018

Diretor médico: Dr. Fábio Antônio da Rocha CRM 3089-PB

Convenio: PARTICULAR

Exame Nro: 1808170013

Data de Nascimento: 12/03/1964

Nro.R.G.: 1194948

Data da impressão: 17/08/2018

Reg Hospitalar: 50 CPF:

Procedência: SAMARITANO

Hora do Cadastro : 00:56:37

PLANO: BASICO

PROTEINA C REATIVA ..... : 31,00 mg/dl  
(Soro) Método: Mindray -BS800 V.Referência: até 6 mg/dl

*COPIA CONFERE COM O ORIGINAL  
HOSPITAL SAMARITANO LTDA.*

*Fábio Rocha da Rocha*  
**Dr.Fábio Rocha**  
**Patologista Clínico**  
**CRM:3089**



**HOSPITAL SAMARITANO**  
**AVENIDA JULIA FREIRE JOAO PESSOA - PB**  
**CNPJ: 09129222000183 Fone: (83) 3048.2100**

Emissão: 25/10/2018 10:26:02  
Página: 1 de 2

Detalhamento da conta

Atendimento: SAM - 00019788 Conta: 00020264 Tipo da Conta: INTERNACAO  
Prontuário: 00118656 MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

Admissão: 15/08/2018 10:58

Endereço do paciente: RUA JARBAS HERMANO BARBOSA, 19 CASA  
MANDACARU - Cep: 58.027-733 JOAO PESSOA / PB

Convênio: 1 PARTICULAR

Guia Médica: 0015082018

Tipo de atendimento: INTERNAÇÃO

Matrícula:

Validade da carteira:

/ /

Médico: OLAVO HOSTON

CRM: 4143

CPF: 04988433439

**CONTA AINDA NÃO FECHADA**

Data da Internação: 15/08/2018

Data da Alta: 17/08/2018

Permanência: 002 dia(s)

Leito : AP50 / O APARTAMENTO

Diagnostico da Alta:

Código	Nome do Produto	Qtde. CH	VI. CH	VI. Filme	Unid.	Qtde.	VI. Unit.	VI. Total
--------	-----------------	----------	--------	-----------	-------	-------	-----------	-----------

Dia: 15/08/2018

**Departamento: SÃO JOSÉ**

**Grupo de Produto: MEDICAMENTOS**

00021610	AGUA DESTILADA 10ML	0,00	0,00	0,00	AMP	10,00	0,81	8,10
00021326	CEFALOTINA 1G - KEFLIN	0,00	0,00	0,00	FRAM	4,00	9,46	37,84
00022810	DIPIRONA 500MG/ML (2ML)	0,00	0,00	0,00	AMP	4,00	0,88	3,52
00021911	SORO RINGER LACTATO 500ML	0,00	0,00	0,00	FRA	3,00	8,63	25,89
00021237	TENOXICAM 20MG (PÓ P/ SOL.INJ.)	0,00	0,00	0,00	FRAM	2,00	8,19	16,38
00021822	SORO FISIOLÓGICO 0,9% (10ML)	0,00	0,00	0,00	AMP	1,00	0,97	0,97
00021873	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	0,00	0,00	0,00	FRA	1,00	6,29	6,29

**Total de MEDICAMENTOS : 98,99**

**Grupo de Produto: MATERIAL MEDICO HOSPITALAR**

00024988	CONEXAO 2 VIAS	0,00	0,00	0,00	UND	1,00	7,43	7,43
00025240	EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATER	0,00	0,00	0,00	UND	1,00	37,73	37,73
00026190	SERINGA DESC. 10ML	0,00	0,00	0,00	UND	6,00	3,78	22,68
00026212	SERINGA DESC. 20ML	0,00	0,00	0,00	UND	4,00	5,78	23,12
00025550	JELCO Nº22	0,00	0,00	0,00	UND	1,00	30,92	30,92
00025755	LUA PROCEDIMENTO G	0,00	0,00	0,00	PAR	10,00	1,34	13,40
00025224	EQUIPO TRANSFUSAO DE SANGUE	0,00	0,00	0,00	UND	2,00	75,29	150,58
00026220	SERINGA DESC. 5ML	0,00	0,00	0,00	UND	1,00	2,09	2,09

**Total de MATERIAL MEDICO HOSPITALAR : 287,95**

**Grupo de Produto: DIARIAS**

00026913	DIÁRIA DE APARTAMENTO	0,00	0,00	0,00		2,00	443,58	887,16
----------	-----------------------	------	------	------	--	------	--------	--------

**Total de DIARIAS : 887,16**

**Grupo de Produto: TAXAS**

00033014	TX DE ADMINISTRATIVA	0,00	0,00	0,00		1,00	73,14	73,14
00033022	TX DE INTERNACAO	0,00	0,00	0,00		1,00	54,46	54,46

**Total de TAXAS : 127,60**

**Grupo de Produto: EXAME AGENCIA TRANSFUSIONAL**

40403173	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH - PESQUIS	0,00	0,00	0,00		5,00	29,23	146,15
	CRM: 0-			CPF:				
40403688	TESTE DE COOMBS DIRETO	0,00	0,00	0,00		3,00	12,75	38,25
	CRM: 0-			CPF:				
40403025	ANTICORPOS ERITROCITÁRIOS NATURAIS	0,00	0,00	0,00		3,00	14,43	43,29
	CRM: 0-			CPF:				
40403343	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRR	0,00	0,00	0,00		3,00	24,07	72,21
	CRM: 0-			CPF:				

08	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ TRANS	0,00	0,00	0,00		3,00	15,10	45,55
----	------------------------------------	------	------	------	--	------	-------	-------



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:28

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811253873600000019822116>

Número do documento: 19040811253873600000019822116

**HOSPITAL SAMARITANO**

**AVENIDA JULIA FREIRE JOAO PESSOA - PB**

**CNPJ: 09129222000183 Fone: (83) 3048.2100**

Emissão: 25/10/2018 10:26:02

Página: 2 de 2

Detalhamento da conta

Atendimento: SAM - 00019788	Conta:	Tipo da Conta:	Admissão: 10:58
Prontuário: 00118656	MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		

**Total do dia 16/08/2018 : 151,64**

**TOTAL DA CONTA: 1.937,39**





**Boletim de Atendimento: 1101117**



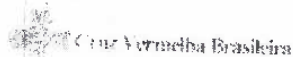
<b>Identificação do paciente</b>			
ID 1315882	Nome MARILEIDE FERREIRA DE LIMA	Sexo Feminino	
Data de nascimento 12/03/1964	Idade 54 anos 5 meses 1 dia	Estado civil	Religião
Mãe SEVERINA FRANCELINA DA SILVA		Pai JOSE FERREIRA DE LIMA	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) IONE BORGES DE MOTO - AMIGA	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988804398	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1194948	Nº Cns 708403728553766	
Local de procedência MANDACARU		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade ARARUNA	CBO/R	
<b>Endereço</b>			
CEP 58027733	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro GENERAL ANTERO DE BRITO
Número 19	Complemento	Bairro ALTO DO CÉU	
<b>Admissão</b>			
Data e Hora 13/08/2018 14:23:26	Número da pulseira 1000059894307	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	
<b>Sinais Vitais</b>			
PA 160	x 90	Pulso	Temperatura
<b>Exames complementares</b>			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente vítima de acidente de moto apresentando ferimento na região frontal consciente, orientado, segue p/ C.O.			
Diagnóstico			CID
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA			Tempo 01min 33seg

İmparimur

13/08/2018 14:23







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>MARILEIDE FERREIRA DE LIMA</b>	BAE <b>1101117</b>	Data/Hora Entrada <b>13/08/2018 14:23:26</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>12/03/1984</b>	Idade <b>34a 5m 1d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>708403728553766</b>
Mãe <b>SEVERINA FRANCELINA DA SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988804398</b>
Endereço <b>GENERAL ANTERO DE BRITO, 19</b>	Bairro <b>ALTO DO CÉU</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>13/08/2018 14:23:26</b>		Data/Hora Prescrição <b>13/08/2018 14:32:35</b>	Nº Cons. Regional <b>3131/PB</b>

### Anamnese

ACIDENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA. REFERE CEFALÉIA E APRESENTA FERIMENTO CORTO (CORTADO NÃO SUTURADO) EM REGIÃO FRONTAL. REFERE PERDA DE FORÇA NO LADO DIREITO DO CORPO.

DIETA: LÍQUIDA, VIA NENHUMA

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,6 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

DIPLOMA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

TIPOIDINAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MG/MS)

### CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

EXAME DE TOMOGRAFIA - FAST

### CID-10

Diagnóstico	
Descrição	
Outros	

### Conduta

Em observação

LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO  
CRM 3131

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO  
(3131/PB)

Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:30

Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:30

Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:30

Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:30



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

## AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
MARILEIDE FERREIRA DE LIMA	1101117	13/08/2018 14:23:26	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
12/03/1964	54a 5m 1d	Feminino	(83) 988804398
Mãe			Prontuário
SEVERINA FRANCELINA DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
GENERAL ANTERO DE BRITO, 19	ALTO DO CÉU	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DANIEL ESPINDOLA RONCONI	7423/PB
Data/Hora Classificação	Data/Hora Prescrição		
13/08/2018 14:23:26	13/08/2018 18:09:43		

## Anamnese

#NCR

ACIENTE VITIMA ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COMTRAUMA FACE E TCE. NEGA CEFALIA, CERVICALGIA E LOMBALGIA. NEGA NAUSEAS E VOMITOS. REFERE DO EM JOELHO DIREITO.

## EXAME:

GLASGOW:15/15.

PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

AUSÊNCIA DE DEFICITS MOTORES.

TC DE CRÂNIO: AUSÊNCIA DE ALTERAÇÕES TRAUMATICAS INTRACRANIANAS. FRATURA DE FACE JA AVALIADA PELA BMF.

HD:TCE LEVE COM FRATURA DE FACE.

CD: AUSÊNCIA DE PROPOSTA NEUROCIRURGICA.

SOLICITO RX DE JOELHO DIREITO E AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

REAVLIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

ALTA DA NCR.

## Conduta

Em observação

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
(CRM: 7423/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 13/08/2018 14:24:59

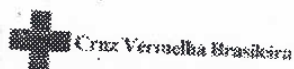
/172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=361220&amp;pesquisa=S&amp;perform=im... 1/1



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:30

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811254985900000019822126

Número do documento: 19040811254985900000019822126



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Sede: Rua Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 445365

Paciente	MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		
Data de nascimento	Idade	Sexo	Data/Hora Entrada
12/03/1964	54a 5m 1d	Feminino	13/08/2018 14:23:26
Mãe	SEVERINA FRANCELINA DA SILVA		Data Baixa
Endereço	Bairro	Município	Telefone de Contato
GENERAL ANTERO DE BRITO, 19	ALTO DO CÉU	JOAO PESSOA	(83) 988804398
Acidente	Motivo	Profissional	Prontuário
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANIBAL HENRIQUE BARBOSA LUNA	UF PB
Data/Hora Classificação	Data/Hora Prescrição		Nº Cons. Regional
13/08/2018 14:23:26	13/08/2018 16:44:40		3041/PB

### Anamnese

PACIENTE RELATA TER SOFRIDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC). NEGA VOMITO, DESMAIO, ALERGIA MEDICAMENTOSA, RELATA DOENÇAS DE BASE HIPERTENSÃO FAZENDO USO DE LOSARTANA, SINVASTATINA, HIDRO 25MG, NO MOMENTO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, NORMOCORADA, EUPNEICA, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, AFEBRIL, EM MACA, VIAS AEREAS PERVIAS.

AO EXAME FÍSICO: MOVIMENTOS OCULARES + ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS, MÚLTIPLAS ABRASÕES EM FACE COM MAIOR EXTENSÃO EM HEMIFACE (D), FCC EM REGIÃO FRONTOZIGOMÁTICA (D), CREPTAÇÃO EM ZIGOMA (D), DEGRAU EM REBORDO ÓSSEO INFRA ORBITAL (D), DEPRESSÃO EM ARCO ZIGOMÁTICO (D), DEPRESSÃO EM PILAR ZIGOMÁTICO (D), BOA ABERTURA BUCAL, MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS, OCLUSÃO MANTIDA;

TC: OBSERVA-SE SINAL DE FRATURA DE ZIGOMA (D) COM ROTAÇÃO MEDIAL + FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO (D), FRATURA DE PAREDE ANTERIOR + POSTERIOR DE SEIO MAXILAR (D), HEMOSSINUS EM SEIO MAXILAR (D)

CD: 1-ORIENTAÇÕES 2- SUTURA 3- AGUARDA LIBERAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES PARA INTERNAMENTO HOSPITALAR

### CID10

Código	Descrição
S02.4	Fratura dos ossos maxilares e maxilares

### Conduta

Em observação

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

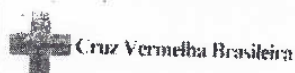
Dr. Anibal H. B. Luna  
Cirurgião Especialista em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço

ANIBAL HENRIQUE BARBOSA LUNA  
(CRO: 3041/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 13/08/2018 14:24:59







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

# CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>MARILEIDE FERREIRA DE LIMA</b>		BAE <b>1101117</b>	Data/Hora Entrada <b>13/08/2018 14:23:26</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>12/03/1964</b>	Idade <b>54a 5m 2d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>708403728553766</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988316094</b>
Mãe <b>SEVERINA FRANCELINA DA SILVA</b>		Prontuário		
Endereço <b>GENERAL ANTERO DE BRITO, 19</b>		Bairro <b>ALTO DO CÉU</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JUAREZ SILVESTRE NETO</b>	Nº Cons. Regional <b>11302/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>13/08/2018 14:23:26</b>		Data/Hora Prescrição <b>14/08/2018 02:04:40</b>		

## Anamnese

1- AVALIAÇÃO  
2- O PACIENTE SEGUE COM MELHORA DAS QUEIXAS INICIAIS  
3- CD: 1- SEGUE PARA INTERNAÇÃO PELA BUCOMAXILO  
4- 2- ALTA DA CIRURGIA GERAL

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

## Conduta

Em observação

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

Dr. Juarez Silvestre  
MÉDICO RESIDENTE  
CIRURGIA GERAL  
JOAO PESSOA, PB  
(CRM: 11302/PB)

Exato, registrado por: JOSEVALDO DA SILVA em 13/08/2018 14:24:59





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

a.k.a  
interna/BMF

Paciente <b>MARILEIDE FERREIRA DE LIMA</b>	BAE 1101117	Data/Hora Entrada 13/08/2018 14:23:26	Data Baixa
Data de nascimento 12/03/1964	Idade 54a 5m 2d	Sexo Feminino	CNS 708403728553766
Mãe <b>SEVERINA FRANCELINA DA SILVA</b>			Telefone de Contato (83) 988316094
Endereço <b>GENERAL ANTERO DE BRITO, 19</b>	Bairro <b>ALTO DO CÉU</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>TORIBIO GOMES PEREIRA</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação 13/08/2018 14:23:26		Nº Cons. Regional 6350/PB	
Data/Hora Prescrição 14/08/2018 00:00:04			
<b>Anamnese</b> PACIENTE SEM SINAIS DE FRATURA; ALTA DA ORTOP.			
<b>Conduta</b> em observação			

CRM: 6350  
Cirurgião do Joelho  
Ortopedia - Traumatologia  
Dr. Toribio Gomes Pereira

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

TORIBIO GOMES PEREIRA  
(CRM: 6350/PB)

Unidade Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	MARILEIDE FERREIRA DE LIMA			BAE	1101117	Data/Hora Entrada	13/08/2018 14:23:26	Data Baixa	
Data de nascimento	12/03/1964	Idade	54a 5m 2d	Sexo	Feminino	CNS	708403728553766	Telefone de Contato	(83) 988316094
Mãe	SEVERINA FRANCELINA DA SILVA							Prontuário	
Endereço	GENERAL ANTERO DE BRITO, 19			Bairro	ALTO DO CÉU	Município	JOAO PESSOA	UF	PB
Acidente	VEICULO X MOTO			Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	TALVANE SOBREIRA	Nº Cons. Regional	2262/PB
Data/Hora Classificação	13/08/2018 14:23:26					Data/Hora Prescrição	14/08/2018 06:31:59		

## Anamnese

Em tempo:

internamento hospitalar pela CTBMF.

## DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: 'PASTOSA)

JELCO HEPARINIZADO, VIA E.V.

## MEDICAÇÃO

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 50,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

AGUA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H

ONDANSETRONA 10MG (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO NAÚSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H, SE NECESSÁRIO DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 600mg) JOSEVALDO DA SILVA em 13/08/2018 14:24:59







TRAUMA SL JADOR H

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA

Unidade de Pronto Atendimento

Data: 14/08/18 06:52  
Local: TALVANE  
Boleim: 1101117

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: MARIL EDOE FERREIRA DE LIMA  
Data de Nascimento: 12/03/1964  
Sexo: FEMININO  
Idade: 54a 5m 2d  
Nº Prontuário: 1101117  
Data Prescrição: 14/08/2018 06:31:59  
Validade da Prescrição: 14/08/2018 06:31:00 - 15/08/2018 06:31:00  
Matrícula:   
Senha:   
Convênio: SUS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

1	DIETA	0.0		ORAL			
2	LEIÃO REPARADO	0.0		E.V.			
3	INSULINA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.		6/8H	17 05 11
4	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.		8/8H	17 05 09
5	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	50.0	MG	E.V.		12/12H	17 05
6	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.		6/8H	17 05 11
7	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	1.0	G	E.V.		8/8H	17 05 09
8	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.		12/12H	17 05
9	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	100.0	ML	E.V.		12/12H	17 05

Rita de Cássia A. da Silva  
Enfermeira  
COREN/PA 404.130  
CRM: 2262  
TALVANE SOBREIRA  
Assinatura e Carimbo do Profissional

Data: 14/08/18 06:32  
 Usuário: TALVANE  
 Relatório: 1101117

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data de Prescrição		14/08/2018 06:31:59	
Nº Prontuário	1101117		
Sexo	FEMININO		
Idade	54a 5m 2d		
Data de	12/03/1964		
Enfermaria / Leito	Enfermaria / Leito		
Validade da Prescrição		14/08/2018 06:31:00 - 15/08/2018 06:31:00	
Matrícula		Senha	
Convenio			
SUS			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aplazamento
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0						
11 SSVV + CCGG	0.0						
12 HIGIENE ORAL RIGOROSA	0.0						

14 de Agosto de 2018

Dr. Talvane  
 CIRURGIÃO

Assinatura e Carimbo do Profissional

TALVANE SOBREIRA  
 CRM: 2262

COOPERATIVA DE SAÚDE  
 03.1.1.130



<p><b>Prescrição Médica</b></p>				<p><b>Validade da Prescrição</b></p>	
<p><b>Nome</b></p>		<p><b>Sexo</b></p>		<p><b>Nº</b></p>	
<p>MARI EIDE FERREIRA DE LIMA</p>		<p>FEMININO</p>		<p>1101117</p>	
<p><b>Data de</b></p>		<p><b>Idade</b></p>		<p><b>Nº Prontuário</b></p>	
<p>12/03/1984</p>		<p>54a 5m 2d</p>		<p>14/08/2018 06:31:59</p>	
<p><b>Motivo do Atendimento</b></p>		<p><b>Enfermaria / Leito</b></p>		<p><b>Date Prescrição</b></p>	
<p></p>		<p></p>		<p>14/08/2018 06:31:00</p>	
<p><b>Convenio</b></p>		<p><b>Matrícula</b></p>		<p><b>Senha</b></p>	
<p>SUS</p>		<p></p>		<p></p>	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazimento
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0						
11 SSVV + DCGG	0,0						
12 HIGIENE ORAL MINOROSA	0,0						

14 de Agosto de 2018

14 de Agosto de 2013

**Frederick A. Coe**

TAYLOR VANE SOBRREIRA

CRM: 2262

Assinatura e Carimbo do Profissional

Rita de Cassia A. da Silva  
Enfermeira  
COREN-PR-484.130







Data:	13/08/2018 15:51
Usuário:	ALE
Boletim	1101117

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
MARILEIDE FERREIRA DE LIMA	12/03/1964	54a 5m 1d	FEMININO	1101117		13/08/2018 15:51:43
Motivo do Atendimento	Enfermária / Leito					
Convenio	Validade da Prescrição					
SUS	13/08/2018 15:51:00 - 14/08/2018 15:51:00					
Matrícula			Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

1	SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0					
2	ISUTURA DE FERIMENTO	0.0					


ALEXANDRE FERREIRA TAMIRO  
CRM: 11395

Dr. Alexandre Tamiro  
Médico  
CRM-PB 11395

Assinatura e Carimbo do Profissional

# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADO

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 13/08/18 14:32		Paciente: LENISIO	
Bateria: 1101117			
Nome: MARILSON FERREIRA DE LIMA	Data de Nascimento: 22/03/1964	Sexo: FEMININO	Nº Prontuário: 1101117
Matrícula: 54 a 5m 1d	Idade: 54 a 5m 1d	Matrícula da Prescrição: 13/08/2018 14:32:00 - 14/08/2018 14:32:00	Data Prescrição: 13/08/2018 14:32:35
Profissão: Enfermeira / Leito		Sentença	
Convenção: SUS		Matrícula	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 DIETA ZERO	0.0			NEHUMA			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO FRASCO	1500.0	ML		E.V.		24H	
3 DILUTORA 500 MG/ML (AMPOLA 3ML)	2.0	ML		E.v.		6/6H	94:40-10:40
4 TETANOGAMIN	10.0	ML					6/6H
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	1.0	UI		INTRAMUSCULAR		AGORA	F
	0.0						

Leito 30304 do 3º bloco  
 LENISIO BORGANTE DE ARAUJO  
 CRM 3131

13 de Agosto de 2018  
 Lenisio BORGANTE DE ARAUJO  
 Assinatura e Carimbo do Profissional

União Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Impresso por:  
FRANCLAUDIA FERNANDES  
ALVES  
Em: 15/08/2018 11:28:39

MARLEIDE FERREIRA DE LIMA		Boletim de Atendimento 1101117	Data/Hora Entrada 13/08/2018 14:23:26	Data/Hora Saída
Data de nascimento 12/03/1964	Idade 54	Sexo Feminino	CNS 708403728553766	Prontuário 110472
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

### CONCLUSÃO MÉDICA (IGOR BATISTA CAMARGO - 14/08/2018 17:55:24)

#### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO: TOMOGRAFIA REALIZADA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE INTERNADA PELA BMF PARA TRATAMENTO DE FRATURA ZIGOMÁTICO ORBITÁRIA DIREITA FAZENDO USO DE PRESCRIÇÃO PADRÃO DA ESPECIALIDADE. A MESMA TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA CONTROLADA COM MEDICAÇÃO VIA ORAL EM RESIDÊNCIA. AS MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO NÃO ESTÃO DISPONÍVEIS PELA FARMÁCIA OU AQUELAS QUE ESTÃO EM DOSAGEM DIFERENTE DA REGULARMENTE USADA PELA PACIENTE. ALÉM DISSO, O CORPO DE ENFERMAGEM ALEGA NÃO PODER RECEBER A MEDICAÇÃO QUE FOI REGULARMENTE DISPONIBILIZADA PELOS FAMILIARES.

ASSIM, SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA DA CLÍNICA MÉDICA PARA PRESCRIÇÃO E AJUSTE DA MEDICAÇÃO DE TRATAMENTO DA HAS DA PACIENTE EM QUESTÃO.

Sessão: ÁREA LARANJA - UDC A Leito: 0006  
Profissional responsável pela informação: IGOR BATISTA CAMARGO

ALTA MÉDICA

Número Conselho: 4632

### ALTA MÉDICA

USUÁRIO:

DATA E HORA:

MOTIVO DE ALTA:

CONDUTA:

OLAVO HOSTON GONCALVES PEREIRA

15/08/2018 08:57:35

ALTA HOSPITALAR

Paciente será tratada em outro hospital por interesse familiar





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: IGOR BATISTA  
CAMARGO  
Em: 14/08/2018 17:55:35

Paciente <b>MARILEIDE FERREIRA DE LIMA</b>	Boletim de Atendimento 1101117	Data/Hora Entrada 13/08/2018 14:23:26	Data/Hora Saída
Data do nascimento 12/03/1964	Idade 54	Sexo Feminino	CNS 708403728553766
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 110472	Plantão DIURNO

**EVOLUÇÃO MÉDICA (IGOR BATISTA CAMARGO - 14/08/2018 17:55:24)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO: TOMOGRAFIA REALIZADA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

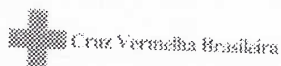
PACIENTE INTERNADA PELA BMF PARA TRATAMENTO DE FRATURA ZIGOMÁTICO ORBITÁRIA DIREITA FAZENDO USO DE PRESCRIÇÃO PADRÃO DA ESPECIALIDADE. A MESMA TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA CONTROLADA COM MEDICAÇÃO VIA ORAL EM RESIDÊNCIA. AS MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO NÃO ESTÃO DISPONÍVEIS PELA FARMÁCIA OU AQUELAS QUE ESTÃO, TEM SUA DOSAGEM DIFERENTE DA REGULARMENTE USADA PELA PACIENTE. ALÉM DISTO, O CORPO DE ENFERMAGEM ALEGA NÃO PODER RECEBER A MEDICAÇÃO QUE FOI PRONTAMENTE DISPONIBILIZADA PELOS FAMILIARES.

ASSIM, SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA DA CLÍNICA MÉDICA PARA PRESCRIÇÃO E AJUSTE DA MEDICAÇÃO DE TRATAMENTO DA HAS DA PACIENTE EM QUESTÃO.

Seção: ÁREA LARANJA - UDC A Leito: 0006  
Profissional responsável pela informação: IGOR BATISTA CAMARGO

Número Conselho: 4632

  
IGOR BATISTA CAMARGO  
CRM: 4632-98  
R. 010133003-0 MOVES



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Joao Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (\*\*83)  
3216-5736 / 3216-5775

<b>PACIENTE</b> MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		<b>IDADE</b> 54a 5m 3d	<b>DATA DE NASCIMENTO</b> 12/03/1964
<b>PROFISSIONAL</b> TALVANE SOBREIRA		<b>NÚMERO DO CONSELHO</b> 2262/PB	
<b>UNIDADE</b> CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA		<b>DATA DO PEDIDO</b> 14/08/2018 06:30:00	<b>DATA PREV. ENTREGA</b>
<b>SETOR DE ORIGEM</b> LEITO 0006 - AREA LARANJA - UDC A	<b>CONVÊNIO</b>	<b>PROTOCOLO</b> 360978	<b>BE</b> 1101117

**TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP) - QUANTIDADE: 1**  
**COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58**

(MATERIAL: SORO - METODO: CINETICO AUTOMATIZADO)

Exame

**TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP)**

SORO

Resultado

Valor(es) Referência(s)

51 U/L

Ate 41 U/L U/L

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA  
CRBM 4942 - PB  
Em: 14/08/2018 14:34:05  
Protocolo número: 20180814143406/360978/237

**UREIA - SORO - QUANTIDADE: 1**  
**COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58**

(MATERIAL: SORO - METODO: CINETICO AUTOMATIZADO)

Exame

**UREIA - SORO**

SORO

Resultado

Valor(es) Referência(s)

32 mg/dL

10 a 50 mg/dL mg/dL

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA  
CRBM 4942 - PB  
Em: 14/08/2018 14:34:05  
Protocolo número: 20180814143406/360978/224

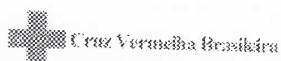
Este é um exame complementar e, como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação clínica e decisão terapêutica.



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:32

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811255946500000019822133>

Número do documento: 19040811255946500000019822133



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (\*\*83)  
3216-5736 / 3216-5775

<b>PACIENTE</b> MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		<b>IDADE</b> 54a 5m 3d	<b>DATA DE NASCIMENTO</b> 12/03/1964
<b>PROFISSIONAL</b> TALVANE SOBREIRA		<b>NÚMERO DO CONSELHO</b> 2262/PB	
<b>UNIDADE</b> CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA		<b>DATA DO PEDIDO</b> 14/08/2018 06:30:00	<b>DATA PREV. ENTREGA</b>
<b>SETOR DE ORIGEM</b> LEITO 0006 - ÁREA LARANJA - UDC A	<b>CONVÊNIO</b>	<b>PROTOCOLO</b> 360978	<b>BE</b> 1101117

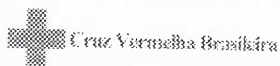
**CATEGORIA: HEMATOLOGIA**  
**COAGULOGRAMA COMPLETO - QUANTIDADE: 1**  
**COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58**

Exame	Resultado	Valor(es) Referência(s)
<b>TEMPO DE TROMBOPLASTINA - TTPA</b>		
TTPA - PACIENTE	33.9	21 a 32 segundos
TTPA - CONTROLE NORMAL	32	
<b>TEMPO E ATIVIDADE PROTROMBINA - TP</b>		
TP - PACIENTE	13.5	11 a 16 segundos
TP - CONTROLE NORMAL	13.5	
ATIVIDADE PROTROMBINA PACIENTE	100	70 a 120%
<b>INR</b>		
INR	1.00	1,0 a 1,3

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA  
CRBM 4942 - PB  
Em: 14/08/2018 17:48:15  
Protocolo número: 20180814174815/360978/251

Este é um exame complementar e, como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação clínica e decisão terapêutica.





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (\*\*83)  
3216-5736 / 3216-5775

<b>PACIENTE</b> MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		<b>IDADE</b> 54a 5m 3d	<b>DATA DE NASCIMENTO</b> 12/03/1964
<b>PROFISSIONAL</b> TALVANE SOBREIRA		<b>NÚMERO DO CONSELHO</b> 2262/PB	
<b>UNIDADE</b> CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA		<b>DATA DO PEDIDO</b> 14/08/2018 06:30:00	<b>DATA PREV. ENTREGA</b>
<b>SETOR DE ORIGEM</b> LEITO 0006 - ÁREA LARANJA - UDC A	<b>CONVÊNIO</b>	<b>PROTOCOLO</b> 360978	<b>BE</b> 1101117

**HEMOGRAMA - QUANTIDADE: 1**  
**COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58**

Exame	Resultado	Valor(es) Referência(s)
<b>SERIE VERMELHA</b>		
ERITROCITOS	3.92 /mm3	Masculino > 13 anos 4.4 - 6.1 milhões/nm3 /mm3
HEMOGLOBINA	13.0 %	13.5 - 18.0 g% %
HEMATOCRITO	40.8 %	40 - 54 % %
V.C.M.	100 u3	80 - 98 u3 u3
H.C.M.	33	25 - 35 pg
C.H.C.M.	32	31 - 36 %
R.D.W.	11.2	11.5 a 14.5 %
<b>SERIE BRANCA</b>		
LEUCOCITOS TOTAIS	11300 /mm3	Maiores de 13 anos - 4.500 a 10.000 /mm3
BASTONETES	1 %	0 a 5 - 0 a 500
SEGMENTADOS	76 /MM3	43 a 67 - 1.935 a 6.700
LINFOCITOS TÍPICOS	20 /mm3	20 a 35 - 900 a 3.500
MONOCITOS	3 /mm3	2 a 8 - 90 a 800
<b>CONTAGEM DE PLAQUETAS</b>		
CONTAGEM DE PLAQUETAS	404.000 /mm3	150.000 a 450.000 mm3 /mm3

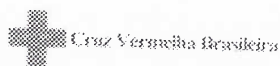
(MÉTODO: )

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA  
CRBM: 4942 - PB  
Em: 14/08/2018 14:34:05  
Protocolo número: 20180814143406/360978/249

Este é um exame complementar e, como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação clínica e decisão terapêutica.







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Joa<o Pessoa - Paraí'ba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (\*\*83) 3216-5736 / 3216-5775

<b>PACIENTE</b> MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		<b>IDADE</b> 54a 5m 3d	<b>DATA DE NASCIMENTO</b> 12/03/1964
<b>PROFISSIONAL</b> TALVANE SOBREIRA		<b>NÚMERO DO CONSELHO</b> 2262/PB	
<b>UNIDADE</b> CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA		<b>DATA DO PEDIDO</b> 14/08/2018 06:31:58	<b>DATA PREV. ENTREGA</b>
<b>SETOR DE ORIGEM</b> LEITO 0006 - AREA LARANJA - UDC A	<b>CONVÊNIO</b>	<b>PROTOCOLO</b> 360979	<b>BE</b> 1101117

**CATEGORIA: BIOQUIMICA**  
**CREATININA - QUANTIDADE: 1**  
**COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58**

(MATERIAL: SORO - METODO: CINETICO AUTOMATIZADO)

Exame

**CREATININA**

SORO

Resultado

Valor(es) Referência(s)

0,8 mg/dl

0,4 A 1,3 mg/dl mg/dl

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA  
CRBM 4942 - PB  
Em: 14/08/2018 14:34:11  
Protocolo número: 20180814143411/360979/183

**TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO) - QUANTIDADE: 1**  
**COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58**

(MATERIAL: SORO - METODO: CINETICO AUTOMATIZADO)

Exame

**TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)**

SORO

Resultado

Valor(es) Referência(s)

86 U/L

Ate 42 U/L U/L

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA  
CRBM 4942 - PB  
Em: 14/08/2018 14:34:11  
Protocolo número: 20180814143411/360979/236

**TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP) - QUANTIDADE: 1**  
**COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58**

(MATERIAL: SORO - METODO: CINETICO AUTOMATIZADO)

Exame

**TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP)**

SORO

Resultado

Valor(es) Referência(s)

51 U/L

Ate 41 U/L U/L

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA  
CRBM 4942 - PB  
Em: 14/08/2018 14:34:11  
Protocolo número: 20180814143411/360979/237

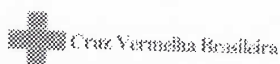
Este é um exame complementar e, como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação clínica e decisão terapêutica.



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:32

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811255946500000019822133>

Número do documento: 19040811255946500000019822133



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (\*\*83) 3216-5736 / 3216-5775

<b>PACIENTE</b> MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		<b>IDADE</b> 54a 5m 3d	<b>DATA DE NASCIMENTO</b> 12/03/1964
<b>PROFISSIONAL</b> TALVANE SOBREIRA		<b>NÚMERO DO CONSELHO</b> 2262/PB	
<b>UNIDADE</b> CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA		<b>DATA DO PEDIDO</b> 14/08/2018 06:31:58	<b>DATA PREV. ENTREGA</b>
<b>SETOR DE ORIGEM</b> LEITO 0006 - AREA LARANJA - UDC A	<b>CONVÊNIO</b>	<b>PROTOCOLO</b> 360979	<b>BE</b> 1101117

**CATEGORIA: HEMATOLOGIA**  
**COAGULOGRAMA COMPLETO - QUANTIDADE: 1**  
**COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58**

Exame	Resultado	Valor(es) Referência(s)
<b>TEMPO DE TROMBOPLASTINA - TTPA</b>		
TTPA - PACIENTE	33.9	21 a 32 segundos
TTPA - CONTROLE NORMAL	32	
<b>TEMPO E ATIVIDADE PROTROMBINA - TP</b>		
TP - PACIENTE	13.5	11 a 16 segundos
TP - CONTROLE NORMAL	13.5	
ATIVIDADE PROTROMBINA PACIENTE	100	70 a 120%
<b>INR</b>		
INR	1.00	1,0 a 1,3

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA  
CRBM: 4942 - PB  
Em: 14/08/2018 16:09:04  
Protocolo número: 20180814160904/360979/251

Este é um exame complementar e, como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação clínica e decisão terapêutica.

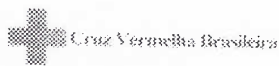


## Documento de Alta

<b>Nome:</b> MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		<b>Número Prontuário:</b> 110472	
<b>Data de</b> 12/03/1964	<b>Sexo:</b> Feminino	<b>Data de Internação:</b> 14/08/2018 08:43:20	<b>Data de Alta:</b> 15/08/2018 08:57:35
<b>Motivo da alta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Conduta:</b> Paciente será tratada em outro hospital por interesse familiar			
<b>Resumo da Internação:</b> Paciente vítima de acidente de moto há 48h, cursa com fratura de zigomático D. Família resolveu transferir para tratamento em hospital privado. Paciente em EGR, de alta das especialidades Cirurgia Geral e NCR			
<b>Resultado de Exames:</b> hemograma e eletro			
<b>Tratamento:</b> suporte clínico e cirurgia fratura zigomático após regressão de edema			
<b>Diagnóstico:</b> S02.4 - Fratura dos ossos malares e maxilares			
<b>Recomendações:</b> higiene, cuidado em transporte da família.			

Data: 15/08/2018

Dr. Olavo Hoston  
Cir. Buco-Maxilo-Facial  
CRM: 4143OLAVO HOSTON GONCALVES  
PEREIRA  
CRM: 4143 - PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (\*\*83) 3216-5736 / 3216-5775

<b>PACIENTE</b> MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		<b>IDADE</b> 54a 5m 3d	<b>DATA DE NASCIMENTO</b> 12/03/1964
<b>PROFISSIONAL</b> TALVANE SOBREIRA		<b>NÚMERO DO CONSELHO</b> 2262/PB	
<b>UNIDADE</b> CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA		<b>DATA DO PEDIDO</b> 14/08/2018 06:30:00	<b>DATA PREV. ENTREGA</b>
<b>SETOR DE ORIGEM</b> LEITO 0006 - AREA LARANJA - UDC A	<b>CONVÊNIO</b>	<b>PROTOCOLO</b> 360978	<b>BE</b> 1101117

**CATEGORIA: BIOQUIMICA**  
**CREATININA - QUANTIDADE: 1**  
**COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58**

(MATERIAL: SORO - METODO: CINETICO AUTOMATIZADO)

Exame

**CREATININA**

SORO

Resultado

Valor(es) Referência(s)

**0.8 mg/dl**

0.4 A 1.3 mg/dl mg/dl

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA  
CRBM 4942 - PB  
Em: 14/08/2018 14:34:05  
Protocolo número: 20180814143406/360978/183

**GLICOSE - QUANTIDADE: 1**  
**COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58**

(MATERIAL: SORO - METODO: ENZIMATICO AUTOMATIZADO)

Exame

**GLICOSE**

SORO

Resultado

Valor(es) Referência(s)

**148 mg/dL**

Crianças : 60 a 100 mg/dL  
Adultos: 70 a 110 mg/dL  
Maiores de 60 anos: 80 a 115 mg/dL mg/dL

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA  
CRBM 4942 - PB  
Em: 14/08/2018 14:34:05  
Protocolo número: 20180814143405/360978/229

**TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO) - QUANTIDADE: 1**  
**COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58**

(MATERIAL: SORO - METODO: CINETICO AUTOMATIZADO)

Exame

**TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)**

SORO

Resultado

Valor(es) Referência(s)

**86 U/L**

Ate 42 U/L U/L

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA  
CRBM 4942 - PB  
Em: 14/08/2018 14:34:05  
Protocolo número: 20180814143406/360978/236

Este é um exame complementar e, como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação clínica e decisão terapêutica.



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:35

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811260961600000019822146>

Número do documento: 19040811260961600000019822146





Av. Des. Botto de Menezes, 657 - Tambiá  
Fone: (083) 241.8080/4745 Fax: 241.5845

Nome

Marlene Ferreira de Lima

Uso Oral

Prescrição ——— 1 x

Tomar 1 comp de 12/24h.

Por 3 meses.

22

Assinatura e carimbo

Dr. Paulo Roberto da Silva Lima  
CRM PB 4523  
Georgio Vasconcelos Endovascular

09/10/18



PREFEITURA DE  
JOÃO  
PESSOA

MAIS RESULTADOS VIDA MELHOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME

Marlene Ferreira de Lima

Uso local

1) Neomuna + Bacitracina — 1b

Aplicar no local em lesão  
2x dia e cobrir com gaze sem  
abafar (cortar a gaze ao meio)  
• microphono

2) Hidrogel ——— 1bism

Aplicar no local do calcâneo  
2x dia por 7 dias.

Olindina Barbosa Gadelha

CRM/PB: 10554  
Médica

26.9.18

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

PRATIQUE ATIVIDADES FÍSICAS REGULARMENTE



PREFEITURA DE  
**JOÃO  
PESSOA**

MAIS RESULTADOS. VIDA MELHOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
R. João de Brito Medeiros  
Mandacaru

NOME marilene Ferreira de  
Lima  
Rx uso oral

① Diprofona 500 mg — 40 qns  
Tomar 02 comprimidos de 6  
em 6 horas, se dor.

② Diprofona monodratada 1g — 03 cr  
Tomar 01 comprimido de 6 em  
6 horas, se dor.

Felipe Medeiros Fernandes  
CRM/PB 10555  
Médico

27/08/18

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

PRATIQUE ATIVIDADES FÍSICAS REGULARMENTE



**UNIFACE-CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL**

**CNPJ:16.853.751/0001-90**

Rua Deputado Geraldo Mariz, 912, sala B. Tambauzinho

Fone: (83) 3042-3782/Cel. (83) 8899-5645/(83) 9664-6032/(83) 8870-6260

CEP:58-042-060\*\*\*\*\*João Pessoa-PB

**Laudo de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial**

A paciente **MARILEIDE FERREIRA DE LIMA**, deu entrada no hospital de Trauma de João Pessoa no dia 13 de agosto de 2018 vítima de acidente motociclístico, portando fratura do complexo orbitário-zigomático direito. No dia 15 de agosto foi transferida para Hospital Samaritano, ficando aos cuidados do Dr Olavo Hoston, Cirurgião Buco-Maxilo Facial para suporte clínico inicial. Após 48 horas foi liberada para cuidados domiciliares e aguardar regressão de edema de face para posterior programação de cirurgia reconstrutiva da órbita.

No dia 29 de agosto de 2018 foi internada para cirurgia definitiva de reconstrução da órbita (S02.4), sendo liberada 24h após cirurgia. Encontra-se em acompanhamento e boa evolução clínico-funcional.

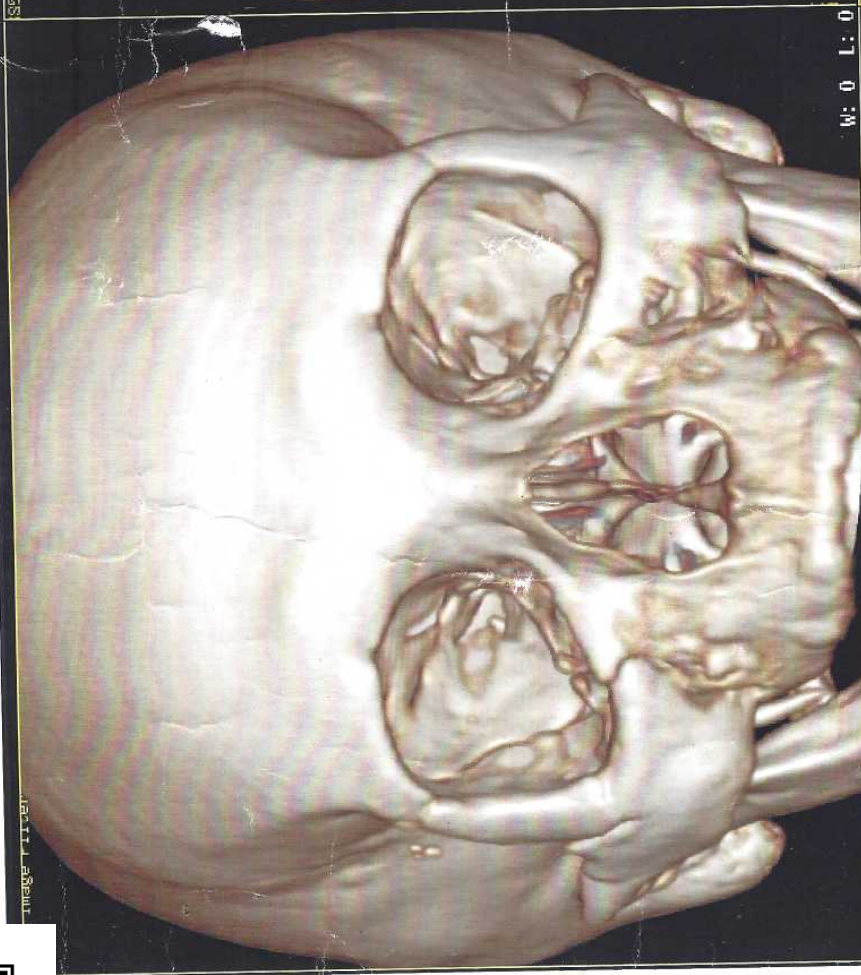
O custo do tratamento foi R\$ 5.000,00 ( cinco mil reais), referente a honorários médicos (Cirurgiões e Anestesista), material cirúrgico e diária hospitalar (sala de cirurgia e hotelaria).

João Pessoa, 28 de setembro de 2018

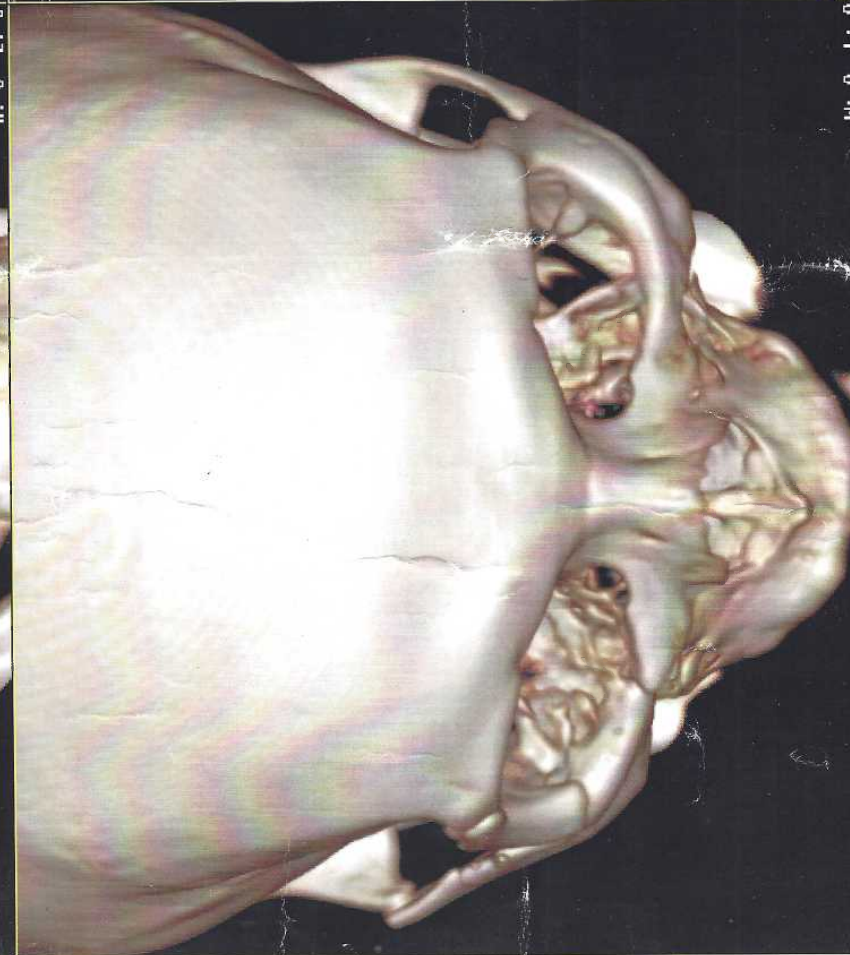
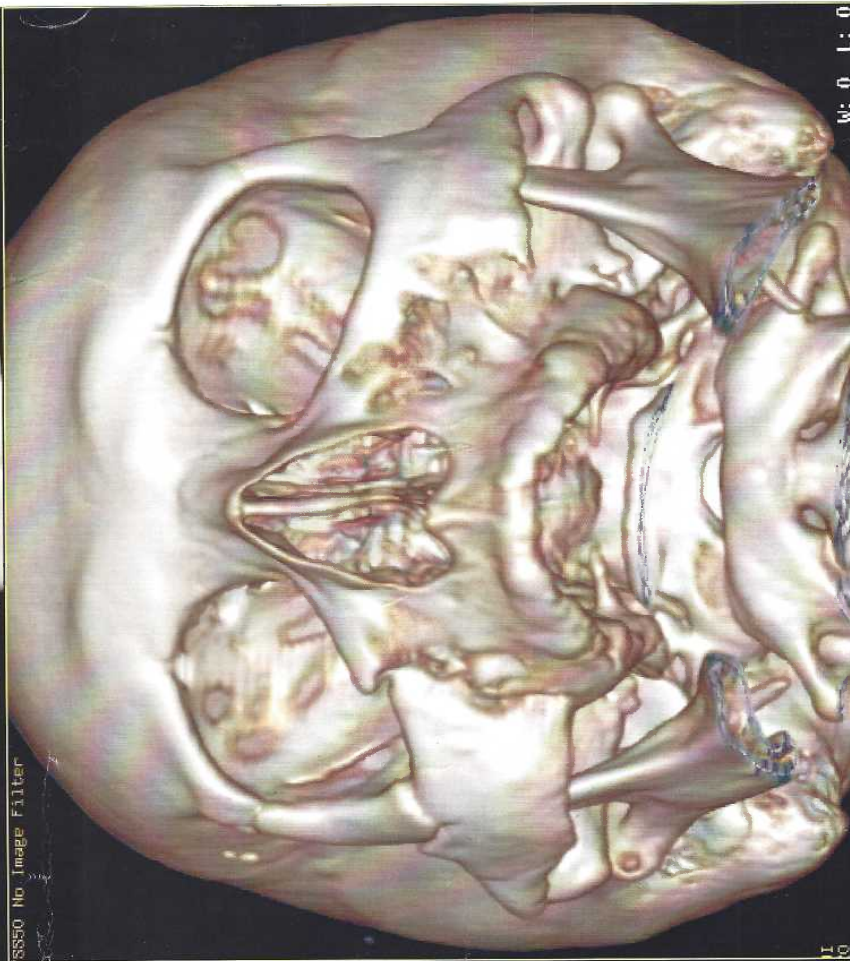
  
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial - CRO/PB 4143











Patient ID: 000000071649  
 Age: 54Y  
 Patient Name: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA  
 Sex: F





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

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)0815319-31.2019.8.15.2001**

**AUTOR: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA**

**RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA 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, 2 de julho de 2019

