



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
20375 610	08/04/2019 11:29	Petição Inicial
20376 566	08/04/2019 11:29	PROCURACAO E DECLARACAO DE HIPOSSUFICIENCIA
20376 574	08/04/2019 11:29	RG E CPF DA VITIMA
20376 579	08/04/2019 11:29	COMPROVANTE DE RESIDENCIA
20376 589	08/04/2019 11:29	BOAT BOLETIM DE OCORRENCIA ACIDENTE DE TRANSITO
20376 602	08/04/2019 11:29	CERTIDAO DE OCORRENCIA DOS BOMBEIROS
20376 610	08/04/2019 11:29	LAUDO MEDICO DEFINITIVO DO TRAUMAS
20376 621	08/04/2019 11:29	DECLARACAO DE PROPRIEDADE DO VEICULO PARTE 1
20376 629	08/04/2019 11:29	DECLARACAO DE PROPRIEDADE DO VEICULO PARTE 2
20376 640	08/04/2019 11:29	FORMULARIOS ENTREGUES NA SEGURADORA
20376 649	08/04/2019 11:29	PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PROC ADM
20376 661	08/04/2019 11:29	PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PROC ADM 2
20376 670	08/04/2019 11:29	PAGINA DA SEGURADORA COM VALOR DA INDENIZACAO
20376 684	08/04/2019 11:29	ATESTADOS MEDICOS E RECEITAS MEDICAS
20376 695	08/04/2019 11:29	NOTA FISCAL SAMARITANO 1000 REAIS
20376 723	08/04/2019 11:29	NOTA FISCAL SAMARITANO 1939 REAIS
20376 752	08/04/2019 11:29	NOTAS FISCAIS DE REMEDIOS
20376 766	08/04/2019 11:29	POLICLINICA RISCO CIRURGICO
20376 788	08/04/2019 11:29	PRONTUARIO CIRURGIA SAMARITANO

20376 861	08/04/2019 11:29	<u>PRONTUARIO CIRURGIA SAMARITANO PARTE 3</u>	Documento de Comprovação
20376 870	08/04/2019 11:29	<u>PRONTUARIO CIRURGIA SAMARITANO PARTE 2</u>	Documento de Comprovação
20376 881	08/04/2019 11:29	<u>PRONTUARIO CIRURGIA SAMARITANO PARTE 4</u>	Documento de Comprovação
20376 891	08/04/2019 11:29	<u>PRONTUARIO MEDICO DO TRAUMAS</u>	Documento de Comprovação
20376 898	08/04/2019 11:29	<u>PRONTUARIO MEDICO DO TRAUMAS PARTE 2</u>	Documento de Comprovação
20376 911	08/04/2019 11:29	<u>PRONTUARIO MEDICO DO TRAUMAS PARTE 3</u>	Documento de Comprovação
20376 921	08/04/2019 11:29	<u>RECEITUARIOS MEDICOS</u>	Documento de Comprovação
20376 964	08/04/2019 11:29	<u>RECIBO MEDICO UNIFACE</u>	Documento de Comprovação
20376 977	08/04/2019 11:29	<u>RESSONANCIA CRANIO</u>	Documento de Comprovação
22384 398	02/07/2019 13:44	<u>Despacho</u>	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, Mandacaru, 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 nº 61.074.175/0001-38, com filial localizada à Av. Presidente Epitácio Pessoa, nº 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 vigorante 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 pôlo 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 N° 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 n° 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 n° 340/06, posteriormente convertida na Lei n° 11.482/07, quanto o evento danoso se deu em data anterior vez à vigência da n o r m a .

Processo:20020080158641001Decisão:AcordãoRelator:Juíza 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 N° 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:AcordãoRelator:Des.
Márcio Murilo da Cunha RamosOrgãoJulgador: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:

Maxileide Ferreira de Souza, brasileira, inscrita sob o CPF nº 568.271.724-49, residente e domiciliada à Rua General Antônio de Britto, 5/N Q/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 Civis, 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.

Maxileide Ferreira de Souza
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

Eu, Marileide Ferreira de Lima, brasileira, inscrita no CPF nº 568.271.723-49, residente e domiciliada à Rua General Antônio de Britto, 111, Mandaçau, 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.

foi Pessoal PB, 28 de Janeiro de 2019.

Marileide Ferreira de Lima
DECLARANTE





MARILEIDE FERREIRA DE LIMA
RUA GAL. ANTERO DE BRITO, S/Nº A L 19 - MANDACARU
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58027-240 (AG: 1)

Emissão: 09/08/2018 Referência Ago/2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cristo Redentor, João Pessoa/PB - CEP 58071-690
Roteiro 3 - 1 - 229 - 620 Nº medidor: 00008685623
CNPJ:09.095.123/0001-40 Insc Est: 18015822-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica IP010 649 306
Cód. para Déb. Automático: 00015848906

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: 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 10.433, de 22 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 19/07/18 Leitura 2027	Data 09/08/18 Leitura 2028		175	30

CCI	Descrição	Demonstrativo									
		Quantidade	% Fict	Valor	Base Calc.	Aliq.	ICMS(R\$)	ICMS	Base Calc. PIS(R\$)	PIS/Cofins(R\$)	Cofins(R\$)
0801	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,252380	7,59	7,59	27	2,04	7,59	0,08	0,37	
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,434210	30,38	30,38	27	8,20	30,39	0,33	1,52	
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	75.000	0,851300	48,84	48,84	27	13,19	48,84	0,53	2,44	
0801	Adic. B Vermelha			8,85	8,85	27	2,42	8,85	0,10	0,45	
0810	Subsídio	46,63	46,63	27	12,59			46,63	0,50	2,33	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0807	CONTRIB SERV. IJUM. PÚBLICA			3,63	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0804	JUROS DE MORA 08/2018			1,15	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 08/2018			2,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			2,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0808	Devolução Subsídio			-31,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 120,44 142,40 38,44 142,40 1,54 7,11

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
239	16/08/2018	R\$ 120,44

Histórico de Consumo (kWh)

174 | 153 | 148 | 161 | 161 | 161 | 39 | 1040 | 213 | 217 | 192 | 182 | 183
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

6/2018 - Cruz da Peixe	Discriminação	Valor (R\$)	%
Límites da ANEEL	Limites da ANEEL	0,00	
DIG MENSAL	NOMINAL	220	
DIG TRIMESTRAL	10,15		
DIG ANUAL	20,30		
FIC MENSAL	3,23	0,00	
FIC TRIMESTRAL	8,47		
FIC ANUAL	12,95		
DICRI	2,86	0,00	
	LIMITES SUPERIOR	231	
	LIMITES INFERIOR	202	
	Total	120,44	100,00
Valor do EUUSD (Ref 6/2018) R\$ 32,17			

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 mais de 10 dias, desconsiderar essa mensagem.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de cotação ao crédito no caso de inadimplemento.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 31,21.
- Leitura confirmada.

Faturas em atraso

Jul/18 134,34
Fev/18 767,57

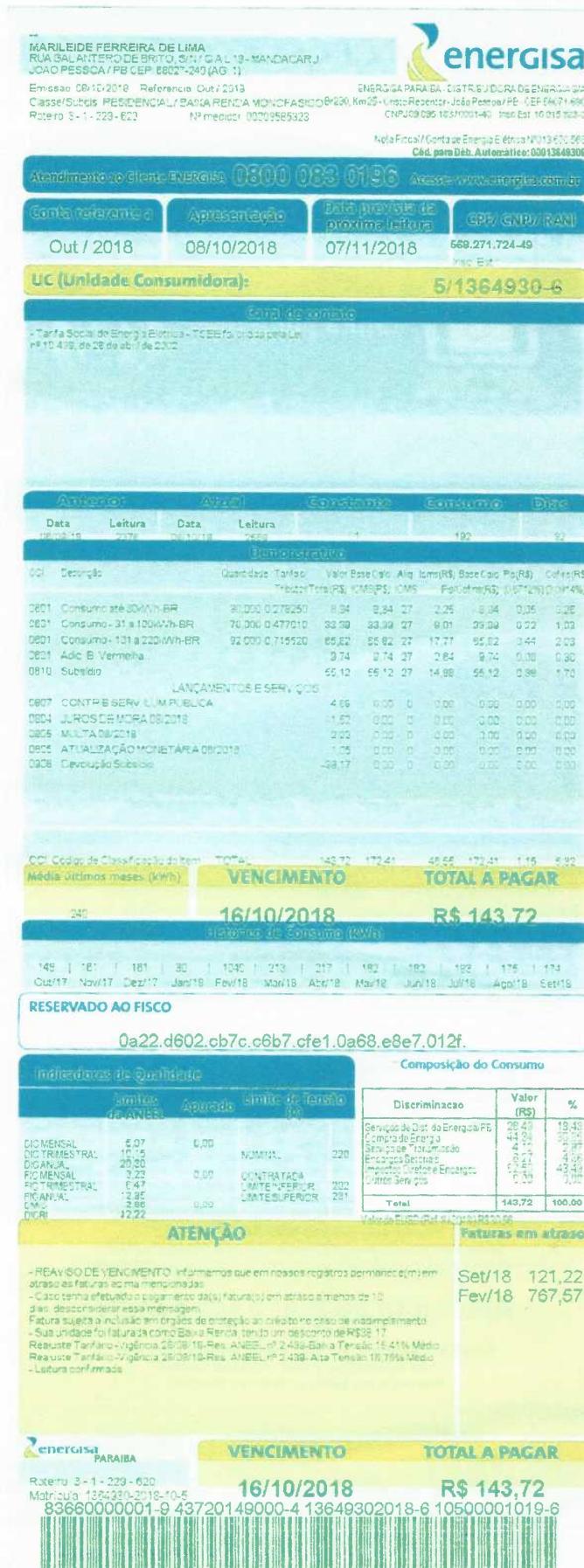
PARAÍBA

(Roteiro 3 - 1 - 229 - 620
Matrícula 1364930-2018-03-9

VENCIMENTO 16/08/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 120,44

836400000001-1 20440149000-6 13649302018-6 08900001019-2







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



DADOS DO ACIDENTE

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

CONDUTOR 01

Nome Marcondes Antônio de Souza	Sexo Masculino	Nascimento 05-02-1976	RG 1672111 SSP/PB
---	--------------------------	---------------------------------	-----------------------------

Endereço

Rua José Lins de Albuquerque, 134, Alto do Céu, João Pessoa, PB – Tel.(083)98654-9334

1ª Habilitação 15-05-1998	Categoria AD	Registro CNH N.º 01112764967	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 23-12-2021	Usava cinto Sim	Usava Capacete
-------------------------------------	------------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	---------------------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcoólica Sim (0,00mg/l)	Destino do Condutor Permaneceu no local
--	---

VEÍCULO 01

Marca/Modelo VW Gol	Espécie Automóvel	Placa NPR - 8133	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
-------------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

José Aldo da Silva

Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013746811936	Renavan Nº 0020874850-4	Data da Emissão 23-08-2017
----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Condições do Veículo Antes do Acidente

Nada constatado

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 José Ailton Pereira da Silva	Sexo Masculino	Nascimento 16-10-1966	RG 1.098.753 SSP/PB
---	--------------------------	---------------------------------	-------------------------------

Endereço

Rua Jorn Luiz Gama, S/N, Mandacaru – João Pessoa/PB Tel.(083)99849-1644

1ª Habilitação Não Habilitado	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
---	-----------	------------------	------	-------------	-----------------	-------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Hospital de Trauma
---	--

VEÍCULO 02

Marca/Modelo Shineray	Espécie Ciclomotor	Placa QFV - 3696	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
---------------------------------	------------------------------	----------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

Leda Maria da Silva

Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013930868267	Renavan Nº 0110768085-6	Data da Emissão 18-05-2018
----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Condições do Veículo Antes do Acidente

Nada constatado

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.



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0572 - 2018

VÍTIMA 01

Nome José Ailton Percira 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 Vítima Condutor	Conduzido Para Hospital de Trauma	Usava Cinto -	Usava Capacete -
---------------------------------------	---	------------------	---------------------

VÍTIMA 02

Nome Marileide Ferreira de Lima	Sexo Feminino	Nascimento	Viajava no Veículo Nº 02
---	-------------------------	------------	------------------------------------

Endereço

Rua Antero de Brito, 19, Bloco A, Mandacaru, João Pessoa, PB

Condição da Vítima Passageira	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto -	Usava Capacete -
---	---	------------------	---------------------

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
 SINATURA


 Marcelo Teixeira de Andrade 1º Sgt PM
 Responsável pelo Levantamento



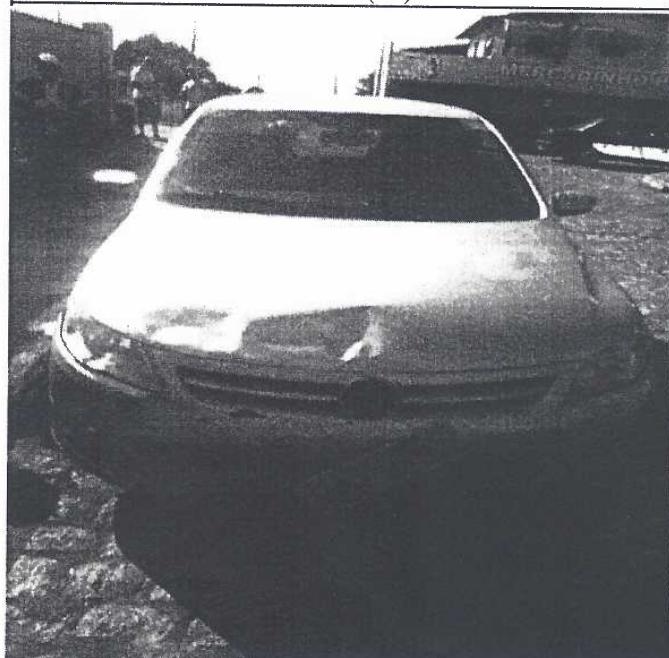
POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



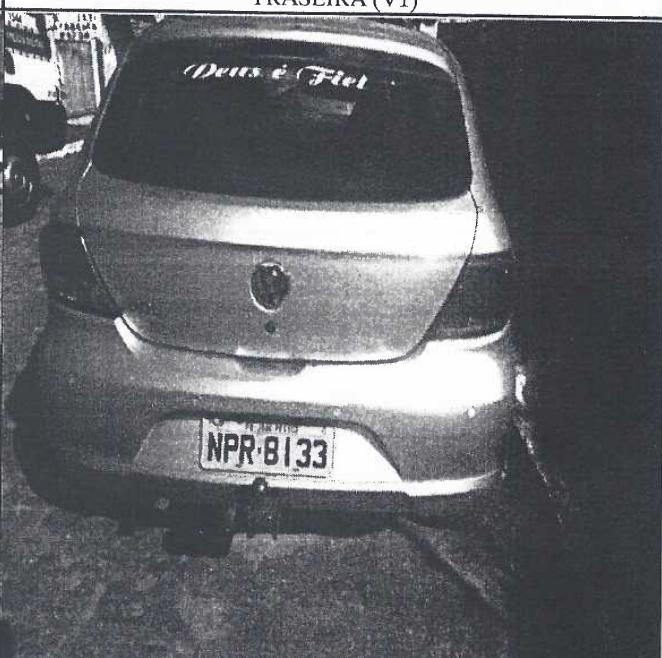
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0572/ 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



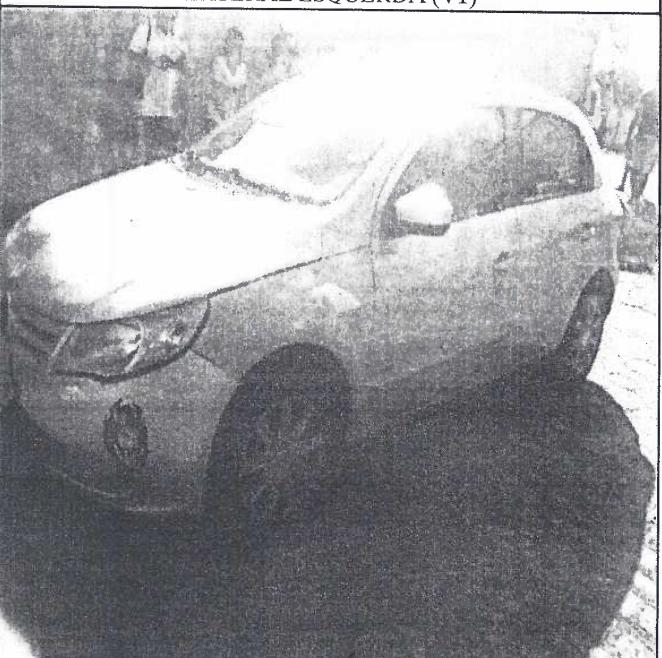
TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



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

2

Marcelo Teixeira de Andrade 1ºSgt PM
Responsável pelo Levantamento





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



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

AMARRAÇÕES

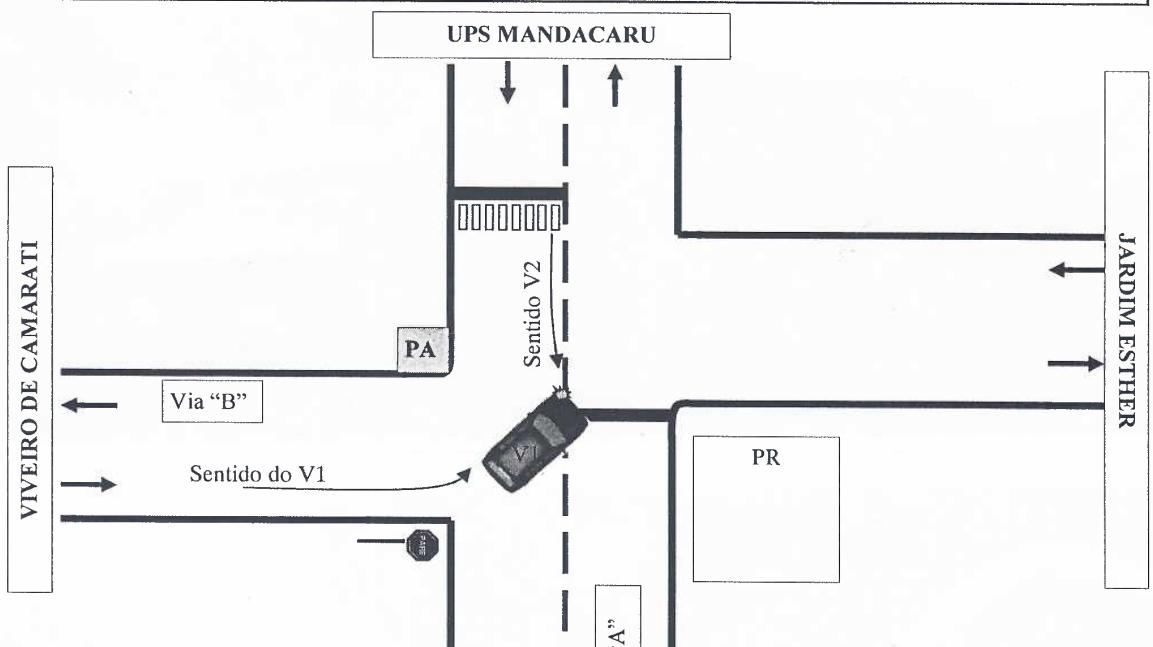
VIA "A" - Rua Alfredo José de Ataíde 07,00metros
VIA "B" - Rua José Lins de Albuquerque 08,00metros

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



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

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDIENCE ESCALA

AVARIAS



V1



V2

Marcelo Teixeira de Andrade 1ºSgt PM
Responsável pelo Levantamento





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0572/ 2018

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)

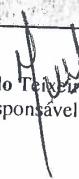


BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original

EM: 13/09/2018


ASSINATURA

3


Marcelo Teixeira Andrade 1ºSgt PM
Responsável pelo Levantamento



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

Num. 20376589 - Pág. 5



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



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT 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	Nome da Peça	Avaliação			Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA		Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x
						Total Geral (Sim + NA)	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	Nome da Peça	Avaliação			Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA		Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)		
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)			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 Teixeira 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





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.

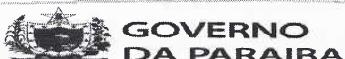
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N.º 0358/2018

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



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: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br





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 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 órbito-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, Leida Maria da Silva

RG nº 2337567, data de expedição 23/08/1996

Órgão DSPIPB, 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 nº 136, Monteiro

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Marcelo Pereira de Lima, cujo o condutor era

Jose Hilton Pereira da Silva

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data: _____

Leida Maria da Silva

Assinatura do Declarante

Jose Hilton Pereira da Silva

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

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1145 - Bairro Das Chácaras - João Pessoa/PB - CEP 58030-930 | www.azevedobastos.net.br | Tel: (83) 3244-5404 | Fax: (83) 3244-5414

Reconheço por Autenticidade a assinatura de
LEIDA MARIA DA SILVA
a qual confere com o padrão registrado nessa serventia, dou fé.
João Pessoa, oito de Novembro de dois mil e dezoito
Em Teste, de verdade.
Rubiánia Cristina Costa dos Santos, Escrivente - (Qtd: 1, Total: 12.13)
Selo Digital de Fiscalização - Tipo AH S72090-HSWC
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1145 - Bairro Das Chácaras - João Pessoa/PB - CEP 58030-930 | www.azevedobastos.net.br | Tel: (83) 3244-5404 | Fax: (83) 3244-5414

Reconheço por Autenticidade a assinatura de
JOSE AILTON PEREIRA DA SILVA
a qual confere com o padrão registrado nessa serventia, dou fé.
João Pessoa, oito de Novembro de dois mil e dezoito
Em Teste, de verdade.
Rubiánia Cristina Costa dos Santos, Escrivente - (Qtd: 1, Total: 12.13)
Selo Digital de Fiscalização - Tipo AH S72091-1MM2
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIÊNCIAS

DENATRAN

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE PRÉ-REGISTRO E REGISTRO DE VÉHICULO
VIA: COD. HERANÁM
110768085-6 00/00000000 2018

LEDA MARIA DA SILVA
NOME

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VIEILOS
AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO. - SEGURO DPVAT

PB Nº 013730869267 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

46815180425 QFV3696/PB
PIAGA / CHASSI
NOVO PB 99HJT1050HS000472 -
ESPECIE / TIPO

PAS / CICLOMOTO / NAO APLIC GASOLINA
GUTNERAY / 50Q MARCA / MODELO
2016 / 2017 ANO / FAB. / ANO / MOD.

2 P/49 / CI PARTIC PRETA
COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º VENC. / COTAS
1 IPVA / ISENTO 00/00/0000 1º
P FIDAL / IPVA 2º
V FIDAL / IPVA 3º
A ***** 0

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) 1º PREMIO TOTAL (R\$) 10F (R\$) 1º
***** * * * * * SEGURO PAGO 16/05/2018
***** * * * * * OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CONTRAN

DETRAN-PE
Data de emissão: 18/05/2018
Data de vencimento: 18/05/2019
Número do documento: 37141-1539162-20180518

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.243.548/0001-04

DEZ / 2017

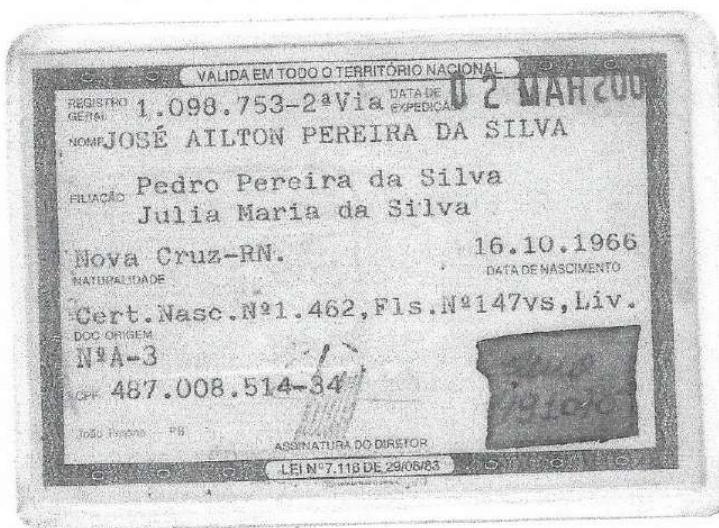


NOME DO COMPRADOR: _____		VALOR R\$ _____
		
RG: _____		CRF/ONPI: _____
		
AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VÉHICULO APPN AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO-DETRAN TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VÉHICULO, PARA:		
LOCALE DATA: _____ Assinatura do Vendedor: _____ Assinatura do Proprietário (Vendedor): _____ RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR): CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS, 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELLIONATO DE NOTAS - COMARCA CIVIL DE SANTOS Presidente: Oficial: Oficial: Encarregado: (Assinatura) Setor Digital da Fiscalização Civil. AN-572004-JASL Outras ouvidas do Oficial: https://seleodigital.tjpb.jus.br		
RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR): LEDA AMARAL DA SILVA a qual confere com o praticado registrado nessa serventia, dou fé. João Pedroso - (Outubro de Novembro de dois mil e dezoito) Em Teste: _____ da verdade. Presidente: Oficial: Oficial: Encarregado: (Assinatura) Setor Digital da Fiscalização Civil. AN-572004-JASL Outras ouvidas do Oficial: https://seleodigital.tjpb.jus.br		
RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR): JOSE ALTON PEREIRA DA SILVA a qual confere com o praticado registrado nessa serventia, dou fé. João Pedroso - (Outubro de Novembro de dois mil e dezoito) Em Teste: _____ da verdade. Presidente: Oficial: Oficial: Encarregado: (Assinatura) Setor Digital da Fiscalização Civil. AN-572003-1985 Outras ouvidas do Oficial: https://seleodigital.tjpb.jus.br		
RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR): CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS, 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELLIONATO DE NOTAS - COMARCA CIVIL DE SANTOS Presidente: Oficial: Oficial: Encarregado: (Assinatura) Setor Digital da Fiscalização Civil. AN-572004-JASL Outras ouvidas do Oficial: https://seleodigital.tjpb.jus.br		
RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR): LEDA AMARAL DA SILVA a qual confere com o praticado registrado nessa serventia, dou fé. João Pedroso - (Outubro de Novembro de dois mil e dezoito) Em Teste: _____ da verdade. Presidente: Oficial: Oficial: Encarregado: (Assinatura) Setor Digital da Fiscalização Civil. AN-572004-JASL Outras ouvidas do Oficial: https://seleodigital.tjpb.jus.br		
RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR): JOSE ALTON PEREIRA DA SILVA a qual confere com o praticado registrado nessa serventia, dou fé. João Pedroso - (Outubro de Novembro de dois mil e dezoito) Em Teste: _____ da verdade. Presidente: Oficial: Oficial: Encarregado: (Assinatura) Setor Digital da Fiscalização Civil. AN-572003-1985 Outras ouvidas do Oficial: https://seleodigital.tjpb.jus.br		

Recebi o por Autenticidade a assinatura de
JOSE ALTON PEREIRA DA SILVA
e o qual concordo com o pedido registrado nessa serventia, dou fé.

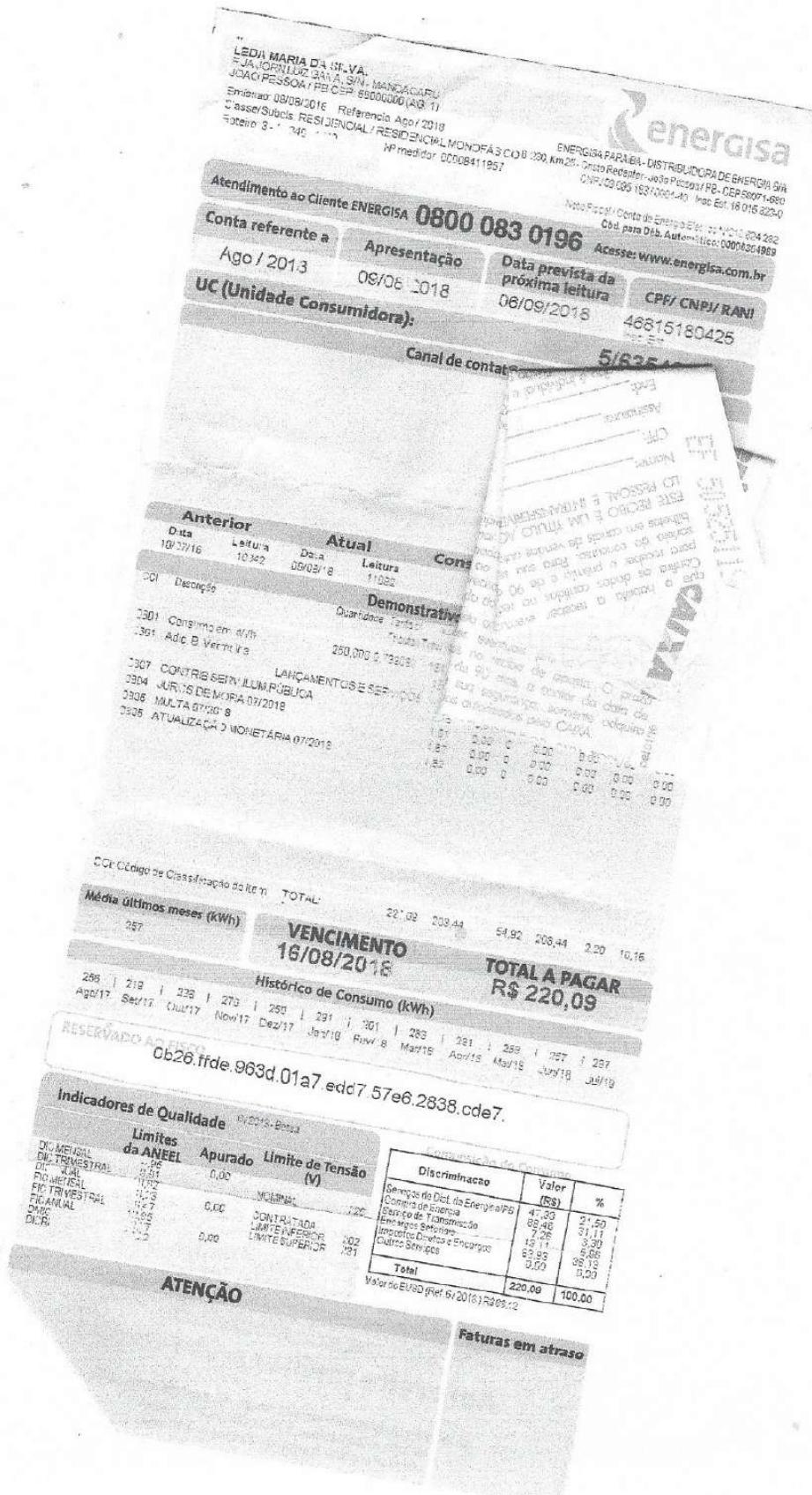
Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:27:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811215403100000019821860>
Número do documento: 19040811215403100000019821860

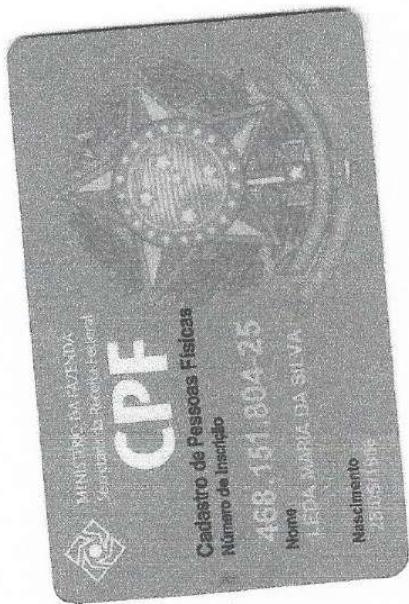
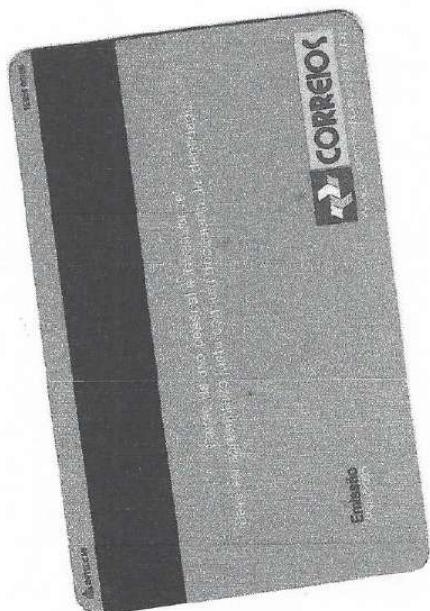
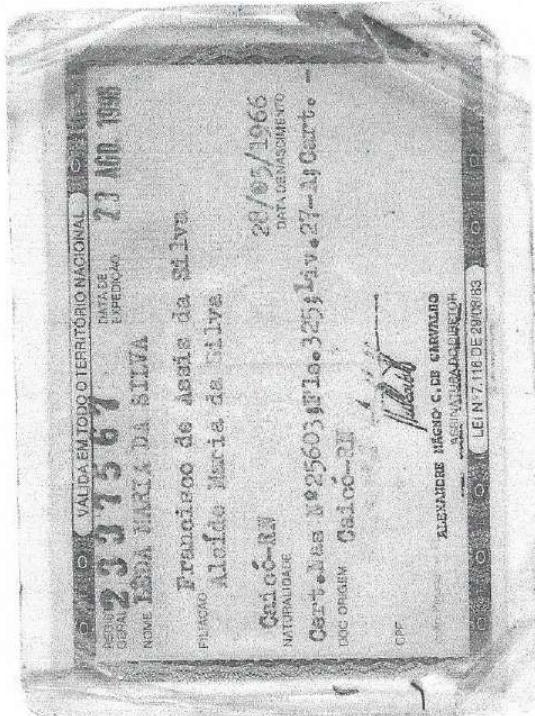
Núm. 20376621 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:27:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811215403100000019821860>
Número do documento: 19040811215403100000019821860

Num. 20376621 - Pág. 4





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. 1

S⁺ AR MOTOS LTDA
RUA MINISTRO JOSE AMERICO DE ALMEIDA, 64 - TORRE - JOAO PESSOA - PB
CNPJ: 14.047.826/0001-33 - IE: 161869437 - TEL: (83)3031-2345

**DANFE N^o C-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal Eletrônica de Consumidor Final**
Não permite apresentamento de crédito do ICMS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL. UNIT	VL. TOTAL
99HJT105	CHASSI 99HJT1050HS000472	1,00	UN	4590,00	4590,00
0HS00047	MODELO SHINERAY/500-C CICLOMOTOR				

2 JET+
Veículo: NOVO Marca: SHINERAY
Tipo: CICLOMOTOR Model: SHINERAY/500-CICLOMOTOR JET+
Comb.: GASOLINA Ano Fab.: 2016 Ano Mod.: 2017
Chassi: 99HJT1050HS000472
Motor: WY139FMA1526126 49cc 2,4 Hp
Cor: PRETA Renavam: C 1117
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 D : 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

251612140478260011365701000001717000017172

CONSUMIDOR

CPF: 468.151.24-25 LEDA MARIA DA SILVA
RUA JORGE ALISTRA LUIZ GAMA, 136
Mandaí - PB - JOAO PESSOA/PB

Consulte via leitor de QR Code



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





Negociação N° 1000

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 MERCADORIA - NÃO O AMPLA PAGAMENTO

DADOS DA NEGOCIAÇÃO DO VEÍCULO

Situação Atendido	Data 28/12/2016	Vendedor FELIPE CEZAR JACER DA PIRES	INFORMAÇÕES CONSÓRCIO				
			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
ENDERECO: Rua Jornalista Luiz Gama, 136		FONE	CELULAR
COMPLEMENTO:			(83)87854348
BAIRRO: Mandacaru		E-MAIL	
CIDADE-UF: JOÃO PESSOA - PB		CONTATO	
CEP: 58027-360			
PAI:	MÃE:		
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	4.590,00
IPI	ICMS ST	SEGURO	FRETE
0,00	0,00	0,00	0,00

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	27/01/2018	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/14	26/02/2018	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/15	28/03/2018	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/16	27/04/2018	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/17	27/05/2018	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/18	26/06/2018	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/19	26/07/2018	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/20	25/08/2018	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/21	24/09/2018	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/22	24/10/2018	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/23	23/11/2018	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/24	23/12/2018	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



Star Motos

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.

Em :

/ /

LEDA MARIA DA SILVA

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

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 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 568.271.722-49	Nome completo da vítima MARILEIDE FERREIRA DE LIMA
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		CPF titular da conta 568.271.722-49	Profissão
Endereço RUA GALANTERO DE BRITO, S/N Q AL 19		Número 19	Complemento
Bairro MANDACARU	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB	CEP 58027-240
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			
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO. _____	
AGÊNCIA NRO. 0904	D/V 013	CONTA NRO. 00051555-4	D/V 000
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. 0904	D/V 013	CONTA NRO. 00051555-4	D/V 000
(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



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 interditada 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

MAPILEIDE 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

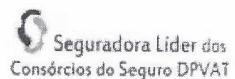
001/2017



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811221036100000019821879>
Número do documento: 19040811221036100000019821879

Num. 20376640 - Pág. 2

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418005/18

Vítima: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

CPF: 568.271.724-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/08/2018

Titular do CPF: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médica-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

3180542452

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 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
MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

Professo
centauro

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Marcilio
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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/08/2018

Titular do CPF: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

3080542501

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 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
MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

Parceria
deugli vols

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

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



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

08/04/2019 10:31



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811224099500000019821909>
 Número do documento: 19040811224099500000019821909

Num. 20376670 - Pág. 1

200



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: Mari Perde Família da Lima
Endereço: R Santos Luminoso, 19

Prescrição:

*Ms. 14!
1) Cetamina 500mg — 1a
Terno 1cp 6/6h por.
(fute) d.ias.
2) Alendronato 400mg — 1a
Terno 1cp 8/8h por.
(fute) d.ias*

*Dr. Flávio Hoston
Dir. Buc-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) Proteger da poeira
- 4) Removendo pontos da prótese
6º ferida

Dr. Olavo Lemos
Cir. Bucal e Maxilo-Facial
P.C.O. 143

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

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

Fone: (83) 3048-2100





PI Marielich Feira.

uso mi!

↓ Dipravna 1g ——— lex
Toman 1 cp da 6/6h.

7
Dr. Olavio Upton
Cir. Buc. Max. & Facial
Cens. 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 ferimentos.
- 2) Higiene da Boca. após todas as refeições.
- 3) Compresa morna na face 3x ao dia (usar pano se quentinho e/ou furo de engomar).
- 4) Manter cabeça mais elevada que o corpo
- 5) Beber água e/ou soro 3x ao dia

João Pessoa 17 de 8 de 18

Dr. Glávio Hoston
Or. Geraldo Mariz - Maxilo
C.R.D. 1145

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





8/Januário Ferreira de Lima

ECG + Riso emigra o/

emigra de poe.

(Austenia Genua)

Dr. Olavo Hoston
Cir. Bld. - Maxilo
Vora. Reg. 4143

João Pessoa 20 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: Marlene Ferreira da Silva.
Endereço: Empreendimento Pague Menos S/A
Prescrição: 1) Cefalexina 500mg - 10 dias. (Dispensado)
2) Metronidazol 400mg - 10 dias. (Dispensado)

DATA 17/8/18

Assinatura e Carimbo

Dr. Olavo Hostan
D.O. - Bucal - Iardes
Conselho
143

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

Nº 10962

3ª Via - Fixa

Juliana de SIlva Borges Pereira

Recebemos de (a)

Juliana de SIlva Borges Pereira

a importância de R\$

Flum mil reais.

referente a

*Procedimento Cirúrgico - Fratura do Molar.
Pac: Marilide Ferreira de Lima.*

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

João Pessoa, 29 de Agosto de 2018

Rafael Guedes
Hospital Samaritano Ltda



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811225940700000019821934>

Número do documento: 19040811225940700000019821934

Num. 20376695 - Pág. 1



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	
25/10/2018	25/10/2018	Não			
PRESTADOR DOS SERVIÇOS					
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	NOME / NOME EMPRESARIAL		NOME DE FANTASIA		
	HOSPITAL SAMARITANO LTDA				CPF / CNPJ 09.129.222/0001-83
	78344	Exigível	Nº DO PROCESSO	OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL	OPTANTE PELO SIMEI Não
LOGRADOURO AV SANTA JULIA				NÚMERO 00035	
COMPLEMENTO	BAIRRO TORRE				
MUNICÍPIO João Pessoa	ESTADO PB			PAÍS BRASIL	
CEP 58040-450	TELEFONE (83) 3048-2100	E-MAIL pedrojorge@pedrojorge.com.br	TOMADOR DOS SERVIÇOS		
NOME / NOME EMPRESARIAL MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		CPF / CNPJ 568.271.724-49	INSCRIÇÃO MUNICIPAL		
LOGRADOURO Rua General Antero de Brito				NÚMERO 01	
COMPLEMENTO	BAIRRO Alto do Céu				
MUNICÍPIO João Pessoa	ESTADO PB			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 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 João Pessoa	ESTADO PB		PAÍS BRASIL		
VALORES					
VALORES BÁSICOS					
VALOR DOS SERVIÇOS R\$ 1.000,00	DESCONTO INCONDICIONADO R\$ 0,00	DESCONTO CONDICIONADO R\$ 0,00	DEDUÇÃO LEGAL R\$ 0,00		
RETENÇÕES DE TRIBUTOS FEDERAIS					
PIS R\$ 0,00	COFINS R\$ 0,00	INSS R\$ 0,00	IR R\$ 0,00	CSLL R\$ 0,00	
VALORES COMPLEMENTARES					
OUTRAS RETENÇÕES R\$ 0,00	BASE DE CÁLCULO R\$ 1.000,00	ALIQUOTA 2,50 %	ISS R\$ 25,00	VALOR LÍQUIDO 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

RECIBO

R\$

1.937,39

1ª Via - Cliente

2ª Via - Contabilidade

Nº 10724

3ª Via - Fixa

Recebemos de (a)

Daniel Vieira de Souza

a importância de R\$

mil 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*

Rafael Guedes
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 25/10/2018	COMPETÊNCIA 25/10/2018	ISS A RETER Não	Nº DO RPS	Nº DA NFS-e SUBSTITUIDORA	Nº DA NFS-e SUBSTITUÍDA
PRESTADOR DOS SERVIÇOS					
LOGRADOURO AV SANTA JULIA	NOME / NOME EMPRESARIAL HOSPITAL SAMARITANO LTDA		NOME DE FANTASIA		CPF / CNPJ 09.129.222/0001-83
	INSCRIÇÃO MUNICIPAL 78344	EXIGIBILIDADE TRIBUTÁRIA Exigível	Nº DO PROCESSO	OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL Não	OPTANTE PELO SIMEI Não
	COMPLEMENTO CEP 58040-450	TELEFONE (83) 3048-2100	E-MAIL pedrojorge@pedrojorge.com.br	BAIRRO TORRE	ESTADO PB
TOMADOR DOS SERVIÇOS					
NOME / NOME EMPRESARIAL MARILEIDE FERREIRA DE LIMA	CPF / CNPJ 568.271.724-49	INSCRIÇÃO MUNICIPAL			
LOGRADOURO Rua General Antero de Brito					NÚMERO 01
COMPLEMENTO CEP 58027-733	TELEFONE	E-MAIL	BAIRRO Alto do Céu	ESTADO PB	PAÍS BRASIL
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 CLINICA NO DIA 15 DE AGOSTO DE 2018					
OBRA VINCULADA - CONSTRUÇÃO CIVIL					
LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS					
MUNICÍPIO João Pessoa	ESTADO PB	PAÍS BRASIL			
VALORES					
VALORES BÁSICOS					
VALOR DOS SERVIÇOS R\$ 1.937,39	DESCONTO INCONDICIONADO R\$ 0,00	DESCONTO CONDICIONADO R\$ 0,00	DEDUÇÃO LEGAL R\$ 0,00		
RETENÇÕES DE TRIBUTOS FEDERAIS					
PIS R\$ 0,00	COFINS R\$ 0,00	INSS R\$ 0,00	IR R\$ 0,00	CSLL R\$ 0,00	
VALORES COMPLEMENTARES					
OUTRAS RETENÇÕES R\$ 0,00	BASE DE CÁLCULO R\$ 1.937,39	ALÍQUOTA 2,50 %	ISS R\$ 48,43	VALOR LÍQUIDO R\$ 1.937,39	
USO DA ADMINISTRAÇÃO TRIBUTÁRIA					
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES					



EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
IM:000000001139509
CNPJ: 06626253045414 I.E: 161915264
Pague Menos
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	VAL	UNIT	RS	TOT	ITEM	RS
1 151132	CEFALEXINA 500MG CPD/8 GN-EHS +	1	CXX	24.32	24.32				
Desconto					-5.17				
2 190138	CEFALEXINA 500MG CPD/10 GN-EHS +	1	UNX	29.49	29.49				
Desconto					-10.89				
3 457124	DIPITRONA 500MG CPD/10 GN-NQ	1	CXX	15.89	15.89				
Desconto					-2.69				
4 190138	CEFALEXINA 500MG CPD/10 GN-EHS +	1	UNX	29.49	29.49				
Desconto					-10.89				
5 375736	FITA P MENOS MICROPOR BEGE25MMX4,5M	1	UNX	6.51	6.51				
De:	6,51	Por:	6,20		-0.31				
Desconto									
6 21970	FLAGYL 400MG CPD C/24 + 1 CXX25.75	1	CXX	25.75	25.75				
De:	25,75	Por:	22,15		-3.60				
Desconto									
QTD. TOTAL DE ITENS				6					
VALOR TOTAL RS				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 COMPA 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 MUNDO.

*ESSE VALOR E UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, EXCLUINDO 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: 08076 Vendedor: 21400
Trib aprop R\$:10,67 Fed e R\$:0,00 Est e R\$:0,00 Mun
Fonte: IBPT cat713
Obrigado e 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

CONSUNTO

CPF: 03742514436 JULIANA DA SILVA

Consulta via Leitor QR Code



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

FARMÁCIA MICHELY

FRANCIMAR OLIVEIRA DE FREITAS ME

CNPJ 10 957 520/0001-40

R SILVINO SANTOS, 181 A - MANDACARU - joao pessoa - PB -
38027-470 - FONE: 83-3224-5446

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

#ICOD#ESCOLHIDUNIVL UN RS#VLTR RS#VL ITEM RS#
001 13687 PVPT RIODEIRE 500ML

1 UND	8	8.00
002 17433 PARACETA 500MG C/12 CAPS		
1 UND X	3	2.50
003 10954 A A S INF	ESTYL ENV G 10	
2 UND	1	1.50
004 4168 COTONETES	75	
1 UND	2	2.50

QTD. TOTAL DE ITEN, 004
VALOR TOTAL RS 14,50
FORMA DE PAGAMENTO, Valem Pago
Dinheiro 14,50

Numero 000082572 - 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 0806 6262 5304 5414 6500 7000 0825 7210 0030 3104

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



Vendedor: ELDA FREITAS Venda: 178258

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

Digifarma



AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO

Nome: Jeanneide Souza da Cunha Sexo: F Idade: 57
CIRURGIA PROPOSTA: Fistula a drenar.

Queixas Cardiovasculares: SI queixas cardíacas.

Medicações em Uso: Levamis - Atac - Sunitol.

Antecedentes S/N

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

Exame Físico:

Estado Geral: Peso

ACV: 5 x férula (má)

Outros: Pt - 130 x 80 mm

ECG: PS + 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.

+ 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 (+)

220818.

Liberal para cirurgia.

Dr. Maurilio Petrucci
Cardiologista
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
CEP 58015-020 - João Pessoa / PB - Fones: (83) 3241-3309 / 3241-4973

Unidade III

Av. Dr. João da Mata, 400 - Jaguaribe
www.saolucas.med.br



CENTRO CIRÚRGICO – FICHA DE CIRURGIA

Paciente: **MARILEIDE FERREIRA DE LIMA**
Idade: **30** 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**

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Data da Cirurgia: 29/08/18 Hora Inicial: **15:20** 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
Cir. Bucal-Másc-Facial
RGO: 4143



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

Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 06/04/2019 11:26:22
http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/list/view_seam?x=19040811235961700000019822026

Número do documento: 19040811235961700000019822026

Núm. 20376788 - Pág. 2

PARAME
COB. 29869

PARÂMETROS DE VENTILAÇÃO: VT: 300 ml FR: 12 bpm Vt, 5,0 L/min. REALIZOU VISITA PRÉ-ANESTÉSICA: SIM NÃO COD: 28869

□ **TOTAL** m/s

RIMBO E ASSINATURA ANESTESIOLOGICO
FIGATI

100



Paciente:	Varízide Tumoral de Tímo			Convênio:	JF Hospital	
Cirurgia:	Tumor de Tímo			Data:	29/03/18	
Cirurgião:	Dr. Glauco Sestan			Anestesista:	Dr. Geraldo Zilma	
Auxiliar 1:	Dr. Antônio Nóbrega			Anestesia:	Geral	
Auxiliar 2:				Circulante:	Zilma	
Instrumentador:	Idade:					
MEDICAMENTOS						
Água Destilada 10 ml	Droperidol	Nimbiuum	01	Tilatil 10 mg	02	
Adrenalina	Etomidato	Neomicina Pomada		Transamim		
Aminofilia	Efedrina	Neocaina Isobárica		Tramal 50mg		
Amicacina	Fenergan	Neocaina Pesada		Tracrium		
Atropina	Fentanil 2ml	Novabupi 0,5 c/v	02	Ultiva 2mg		
Bextra 40mg	Fentanil 10ml	Novabupi 0,5 s/v		Unasyn 3g		
Buscopam Composto	Flagyl 500mg	Nubaim		Xiloacaina 2% Fr		
Buscopam Simples	Fenitoína	Omeprazol		Xiloacaina 2% 5ml		
Brycanil	Flumazenil	Oxacilina 500mg		Xiloacaina 2% geléia		
Clonidina	Gentamicina	Pavulon		Dramin B6		
Cipro 200mg	Glicose 50%	Plasil		Vitamina C		
Duo Decadron	Hidrocortisona	Precedex		Vitamina K		
Dimorf 0,2mg	Keflim 1g	Profenid		Vitamina B		
Dimorf 10mg	Kefazol 1g	Propofol	01			
Dimorf 1mg	Ketalar/Ketamin	Prostiguimine		HALOGENADOS		
Dexametasona mg	Kolagenase Pomada	Quelicim mg		Sevorane (ml)	90	
Dipirona Sódica	Lasix	Rapifen	01	Halotano (ml)		
Dolosal	Liquemine	Ranitidina		Forane (ml)		
Dormonid	Narcan	Rocefin 1g				
Diazepam	Nauseodron	Telebrix				
SOLUÇÕES						
Soro Fisiol. 0,9% 1000ml	Soro Ringer c/ Lactato	03	PVPI Degermante	Clorexidina 2% degerm.		
Soro Fisiol. 0,9% 500ml	Água Destilada 1L		PVPI Tintura	Clorexidina 2% alc.		
Soro Fisiol. 0,9% 250ml	Purisole		PVPI Tópico	Éter		
Soro Glicosado 5% 250ml	Manitol			Álcool 70%		
Soro Glicosado 5% 500ml	Voluven			50ml		
MATERIAIS DESCARTÁVEIS						
Ajalha 13x4,5G	Conexão 2.vias	01	Luva de Procedimento	10	Comprema	
Ajalha 25x7G	Dreno Penrose 1		Luva 7,0		01	
Ajalha 40x12G	Dreno Penrose 2		Luva 7,5	09	Cartucho de Ligaclip	
Ajalha Raqui 25G	Dreno Penrose 3		Luva 8,0		Perfuror Seth	
Ajalha Raqui 26G	Dreno Sucção 3,2		Luva 8,5		Sonda Gástrica 18	
Ajalha Raqui 27G	Dreno Sucção 4,8		Lâmina Bisturi 11		Sonda Gástrica 20	
Ajalha Peridural 16G	Dreno Sucção 6,4		Lâmina Bisturi 15	01	Sonda Uretral 4	
Ajalha Peridural 17G	Dreno Tórax 32		Lâmina Bisturi 24		Sonda Uretral 6	
Ajalha Peridural 18G	Dreno Tórax 36		Máscara Descartável	05	Sonda Uretral 8	
Ajalha de Bloqueio Plexo	Dreno Tórax 38		Propé		Sonda Uretral 10	
Jelco 14G	Esparadrapo		Seringa 1ml		Sonda Uretral 12	
Jelco 16G	Eletrodos	05	Seringa 3ml		Sonda Uretral 14	
Jelco 18G	Equipo Macrogotas	01	Seringa 5ml	02	01	
Jelco 20G	Equipo Microgotas		Seringa 10ml	02	TOT 7,5	
Jelco 22G	Escova degermante	02	Seringa 20ml	11	01	
Jelco 24G	Gorro Descartável	01	Seringa 60ml	03	TOT 8,0	
Atadura Crepom 15cm	Gaze Pacote	05	Sonda Foley 3v 18		TOT 8,5	
Atadura Crepom 30cm	Gelfoan		Sonda Foley 3v 20		TOT 9,0	
Atadura Gessada	Surgicel		Sonda Foley 3v 22		Transofix	
Coletor Sist. Aberto	Intracath		Sonda Foley 2v 12		Equipo de BIC	
Coletor Sist. Fechado	Catéter monolúmen		Sonda Foley 2v 14		Equipo de Sangue	
Cateter Nasal	Filtro bacteriológico		Sonda Foley 2v 16		Equipo Irrigoplás	
Cateter Peridural 16	Capa VDL	01	Sonda Foley 2v 18		Algodão Ortopédico	
EQUIPAMENTOS						
Aspirador	✓	Capnógrafo	Fonte de Luz		RX/ Arco Cirúrgico	
Bisturi Elétrico	✓	CO2	Monitor	✓	Tricotomia	
Bomba de Infusão		Oxigênio	✓	Respirador	✓	Peça Cirurg:
Carro de VDL		Nitrogênio		Oxímetro	✓	Destino:

Vanessa Corrêa
Enfermeira
CORFEN



IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: _____

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

Atendimento: _____

Convênio: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: _____

Sala: 08

Data: 29-08-18

Circulante de sala (não rubricar): _____

		
		
134°C-5.3mins/121°C-15mins STEAM REF 2302 MANUFACTURED IN THE UK BY BROWNE LTD	134°C-5.3mins/121°C-15mins STEAM REF 2302 MANUFACTURED IN THE UK BY BROWNE LTD	134°C-5.3mins/121°C-15mins STEAM REF 2302 MANUFACTURED IN THE UK BY BROWNE LTD
		



Ficha de Evolução Clínica

Paciente: Marcelo Ferreira Leito: _____ Convênio: Peruan Setor: _____

DATA

20/08 (29/08/18)

11h

Paciente com dor de fístula de 2 dias, com
intensidade de 10 cm/100 cm de dor, procedendo a/ cirurgia de fístula.

~~Dr. Olavo Hoston
Cir. Bucal-Maxilo-Facial
CRO 4143~~

15h

BU F (29/08/18)

Pct subveniente à TTO anj.,
procedimento a/ intuvermecia.

Alta paciente p/ amanhã às 12h

~~Dr. Olavo Hoston
Cir. Bucal-Maxilo-Facial
CRO 4143~~

20/08/18 às 12:00

Relato: Pós op., paciente bem, sem dor, sem
s/ dor s/ náuseas, sem febre, sem
faz bem nos. Fazendo uso de
e prescrito ATB + Analgésico p/ dor

Alta BU F

~~Dr. Olavo Hoston
Cir. Bucal-Maxilo-Facial
CRO 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	<i>m. eiente</i>
2-	SORO RINGER LACTADO 1.500 ML EV 24H	<i>14 22 31</i>
3-	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<i>21 08 09</i>
	COMPRESSA GELADA 2/2H NA FACE	14 18 21 23
4-	TILATIL 40 MG + AD EV 12/12 H	21 03 09
	DEXAMETASONA 2,5ML EV 6/6H	14 23 05 11
5-	OMEPRAZOL 40 MG (IV) A CADA 24/24 H	08 (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	S/N
8-	TRAMAL 100 MG + 100 ML DE SORO FISIOLÓGICO DE 8/8 HORAS (CORRER LENTO) EV SE DOR FORTE	S/N
9-	CABEÇEIRA ELEVADA 30°.	<i>Atençao</i>
10	HIGIENE ORAL APÓS REFEIÇÕES COM CEPACOL	<i>c/ familia</i>
	SSVV DE 6X6H.	<i>hotina</i>
	CURATIVO APÓS BANHO	<i>Atençao</i>
DR OLAVO HUSTON CRO PB 4143		SEPARADO POR

Hospital Samaritano

Dr. Olavo Huston
Cir. Buco-Maxilo-Facial
CPC 4143



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 Bamboma Gomes nº 19, venho por meio desta requerer a V.Sa., cópia integral de prontuário médico do paciente Mamileide Ferreira de Lima relativo ao período () de sua internação nesse nosocomio, 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, _____ / _____ / _____.

Assinatura

Telefone (s): 083988316094 083998491644

Atendente: _____ Turno: _____ Horário: _____

Av. Santa Lúcia nº35 – Torre – João Pessoa (PB) – CEP 50.120-222/0001-03 – Fone: (083) 2100-0000





DECLARAÇÃO

Conforme solicitação da Srª. JULIANA DA SILVA BORGES PEREIRA estamos entregando cópia do prontuário da Srª. 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



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811252085100000019822097>
Número do documento: 19040811252085100000019822097

Num. 20376861 - Pág. 2



DECLARAÇÃO

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

João Pessoa, 13 de Setembro de 2018.

Marco Antonio Barros
CRM 4617
Gestor Clínico
Hospital Samaritano

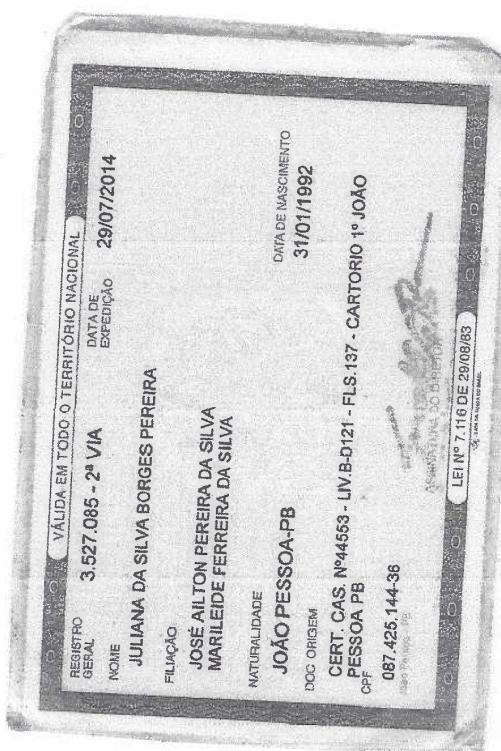
Marco Antonio Barros
Diretor Clínico

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



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811252085100000019822097>
Número do documento: 19040811252085100000019822097

Num. 20376861 - Pág. 3



CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
HOSPITAL SAMARITANO LTDA.



Hospital Samaritano

Ficha de Evolução Clínica

Paciente: Vanilda Ferreira Souza Leito: _____ Convênio: _____ Setor: _____

DATA	NOTA
15/08/18	Paciente militante apoiante para a sua natureza de zigomático, literada e perniciosa (Jesus, Torano Neto), para a sua cura auxiliada pelo fumo.
	ECB, note, A.A.
	CD: interacção fumar e meio ambiente.
15/08/18	<u>Buco-Oral - 6.º</u> Pac em CDH ausa de fumo do cigarro e Z. Chama f, produ- zida para hemisferio Z. Orientado para higiene facial e evitando gatos. Alta pressão pl. sexta (17/08) e reforma pl. TBO emif. 10
16/08/18	BUF. Paciente em 3º DT, ocular seco, fumar um cigarro (zigom) aparelh, TBR, aguada melhora de edema e edema periorbitário e alta. Solu-

Dr. Otávio Hosten
Cir. Buco-Maxilo-Facial
CRQ-4722

16/08 | 09 **BUF:**
Paciente com 3º DT (7), óculos bons, fumante
com caco-fingos, cítrico, EGR, agenda melhor-
ada, edema e estígio exoftálico p/ alto. Sólo-
remo exoma p/ amovê-lo (17/08).

Dr. Olavo Hoston
Cir. Bucal Maxilo-Facial
CBO-4143



CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
HOSPITAL SAMARITANO LTDA.

٣٥



Hospital Samaritano

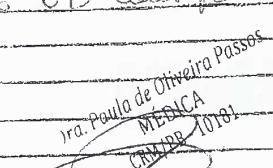
19788

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Date: 5/08/2018

Paciente: Francisco de Paula Apt: 50 Clínica: Particular

OED	AGENTE TERAPEUTICO / QUANTIDADE / VIA	DATA
	Dada em dose:	
	3mp x 1500 ml EV x/24h	13/03/09
	Reabsorva 1g + 17, EV 6/6h	13/03/09
	Totaliz 30mp + 17, EV 13/13h	13/03/09
	Dose dada 1g + 17, EV 6/6h	13/03/09
	Naus/nos 8mp 8/10 3/N	3/N
	Maurin calcuta elevada 30°	
	Y higiene perioral	
	Experiencia de paciente em face com dor/dor/maior duração	
	longa duração de 05 dias com S.F.	13/03/09
 Dr. Paulo de Oliveira Passos MÉDICO CRM-SP 10181		
MÉDICO:		SEPARAR POR:
CORR:		



CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
HOSPITAL SAMARITANO LTDA.

jan

19788

Hospital Samaritano

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 16/08/18

Paciente: Maudechi Ferreira da Silva

Clinica: Bucos - Obx. 10. Apt: 50 Departamento:

OED	AGENTE TERAPÉUTICO, QUANTIDADE / VIA	TIPO
1)	Cola tina higroresist	
2)	Cola tina 1g ev 6/6h	✓ 160398
3)	Cola higroresist	atenção
4)	Tisol 1 gom ev 12/12h	✓ 130101
5)	Dipirano 1g + 1g ev 6/6h	SN
6)	Decubito estendido 37°	atenção
7)	Limpeza perineal de face ev	✓
8)	Olho dro 1x ev dia	✓
9)	Liongyn OD cl SF 0,9%	
9)	Rigens higien oral	atenção

Dr. João Viegas
Cir. Bucal Maxil. Facial
CRM 4743

MÉDICO:

SEPARAÇÃO POR:

CRM:

Med. de enfermagem
Enfermagem
CRM: 250572

?





Sr (a): MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

Data: 17/08/2018

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

Dí (a): MONICA LORENA DIAS M F BARROS

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: BÁSICO

PROGRAMA COMPLETO

Material: Sangue

SÉRIE ERITROCITÁRIA

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 Obtidos

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

Valores de Referência

9.700	/mm ³	5.000	a	10.000	/mm ³
-------	------------------	-------	---	--------	------------------

	V. Relativos	V. Absoluto		V. Relativos	V. Absolutos
Neutrófilos Totais	66	6.402	41	a	77
mielócitos	0	0	00	a	00
metamielócitos	0	0	00	a	01
Bastonetes	4	388	00	a	05
segmentados	62	6.014	36	a	66
Eosinófilos	3	291	01	a	05
Linfócitos Típicos	25	2.425	24	a	44
Linfócitos Atípicos	0	0	00	a	02
Monócitos	6	582	03	a	07

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

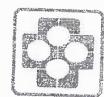
CONTAGEM DE PLAQUETAS: 283 mil /mm³(Sangue)Método: Pentra 120 ABX V. Referencia: 150 - 450 mil/mm³VOLUME PLAQUETÁRIO MÉDIO: 8,1 μm^3 (Sangue)Método: Pentra 120 ABX V. Referencia: 6,0 a 10,0 μm^3

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





LABORATÓRIO
MAURÍLIO DE ALMEIDA
 Precisão Absoluta



CONTROLE
 DE
 QUALIDADE
SPC
 SISTEMA DE
 QUALIDADE

E-mail: farocha@uol.com.br

Sr (a): MARILEIDE FERREIRA DE LIMA Data: 17/08/2018 Diretor médico: Dr. Fábio Antônio da Rocha CRM 3089-PB

Dr (a): MONICA LORENA DIAS M F BARROS 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

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

*CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
 HOSPITAL SAMARITANO LTDA.*

Fábio Antônio 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: / /
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 / 0 APARTAMENTO
Diagnóstico da Alta:

Código	Nome do Produto	Qtde. CH	VI. CH	VI. Filme	Unid.	Qdte.	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 FISIOLOGICO 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	LUVA 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-			CRM:				
40403688	TESTE DE COOMBS DIRETO	0,00	0,00	0,00		3,00	12,75	38,25
	CRM: 0-			CRM:				
40403025	ANTICORPOS ERITROCITÁRIOS NATURAIS	0,00	0,00	0,00		3,00	14,43	43,29
	CRM: 0-			CRM:				
40403343	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRR	0,00	0,00	0,00		3,00	24,07	72,21
	CRM: 0-			CRM:				
00	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ TRANS	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00

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

Num. 20376881 - Pág. 1



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: 00118656 Tipo da Conta: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA
Prontuário: 00118656 MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

Admissão: 10:58

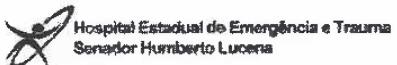
Total do dia 16/08/2018 : 151,64

TOTAL DA CONTA: 1.937,39



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

Num. 20376881 - Pág. 2



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

Boletim de Atendimento: 1101117

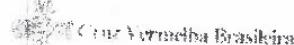


Identificação do paciente				
ID 1315882	Nome MARILEIDE FERREIRA DE LIMA			Sexo Feminino
Data de nascimento 12/03/1964	Idade 54 anos 5 meses 1 dia	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe SEVERINA FRANCELINA DA SILVA				Pai JOSE FERREIRA DE LIMA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) IONE BORGES DE MOTO - AMIGA
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988804388	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1134948	Nº Crns 708403728653766		
Local de procedência MANDACARU				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade ARARUNA	UF PB		
CBO/R				
Endereço				
CEP 58027733	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro GENERAL ANTERO DE BRITO	
Número 19	Complemento	Bairro ALTO DO CÉU		
Admissão				
Data e Hora 13/08/2018 14:23:26	Número da pulseira 1000059894307	Convênio SUS	Clínica	
Especialidade CIRURGIA GERAL				
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA 160 x 90 mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente multitraumatizado acidente de moto apresenta dor e edema na região盆腔 consciente, orientado e segue ipfc 03				
Diagnóstico				CID
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA				Tempo 01min 33seg

Imprimir

13/08/2018 14:23





GOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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 1d	Sexo Feminino	CNS 708403728553766
Altura 164			Telefone de Contato (83) 988804398
Endereço 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 LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO	Nº Cons. Regional 3131/PB
Data/Hora Classificação 13/08/2018 14:23:26		Data/Hora Prescrição 13/08/2018 14:32:35	

Anamnese

VITIMA VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA. REFERE CEFALÉIA E APRESENTA FERIMENTO CORTO (10X5CM, NAO SUTURADO) EM REGIAO FRONTAL. REFERE PERDA DE FORÇA NO LADO DIREITO DO CORPO.

ANAMNESE

ANAMNESE, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

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

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

Diluir

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

TISSUE CATHAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROGIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

TOCOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

ULTRASOMOGRAFIA - FAST

OUTROS

Descrição

Dor/Aguda

Conduta

Em observação

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO
(3131/PB)

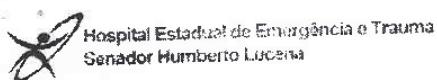
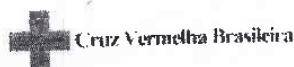
Lenisio Bragante de Araujo
CRM 3131

Notado e registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 13/08/2018 14:32:35

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

Num. 20376891 - Pág. 2



AREA AMARELA
 Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel: 32165700
 CNES: 454554

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 1d	Sexo Feminino	CNS 708403728553766
Mãe SEVERINA FRANCELINA DA SILVA			
Endereço GENERAL ANTERO DE BRITO, 19	Bairro ALTO DO CÉU	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL ESPINDOLA RONCONI	Nº Cons. Regional 7423/PB
Data/Hora Classificação 13/08/2018 14:23:26		Data/Hora Prescrição 13/08/2018 18:09:43	

Anamnese

#NCR

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

EXAME:
 GLASGOW:15/15.
 PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES
 AUSÊNCIA DE DEFÍCITS 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
 REAVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL
 ALTA DA NCR.

Conduta

Em observação

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
 (CRM: 7423/PB)

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

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&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=361220&pesquisa=S&perform=im... 1/1



Cruz Vermelha 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 1d	Sexo Feminino	CNS 708403728553766
Mãe SEVERINA FRANCELINA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 988804398
Endereço GENERAL ANTERO DE BRITO, 19	Bairro ALTO DO CÉU	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEÍCULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANIBAL HENRIQUE BARBOSA LUNA	UF PB
Data/Hora Classificação 13/08/2018 14:23:26		Data/Hora Prescrição 13/08/2018 16:44:40	Nº Cons. Regional 3041/PB

Anamnese

PACIENTE RELATA TER SOFRIDO ACIDENTE MOTOCÍSTICO (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, SEM FACE, AFEBRIL, EM MACA, VIAS AEREAIS PERTURBADAS.

AO EXAME FÍSICO: MOVIMENTOS OCULARES + ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS, MÚLTIPLOS 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 malares e maxilares

Conduta

Em observação

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

Dr. Aníbal H. B. Luna
Cirurgião-Dentista - Ortopedia Facial
CRM-PB 041ANIBAL HENRIQUE BARBOSA LUNA
(CRO: 3041/PB)

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



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

Num. 20376891 - Pág. 4



Cruz Vermelha Brasileira



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 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			
Mãe SEVERINA FRANCELINA DA SILVA						
Endereço GENERAL ANTERO DE BRITO, 19	Bairro ALTO DO CÉU	Município JOAO PESSOA	UF PB			
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JUAREZ SILVESTRE NETO	Nº Cons. Regional 11302/PB			
Data/Hora Classificação 13/08/2018 14:23:26						
Anamnese						
EVALUAÇÃO						
IENTE SEGUÉ COM MELHORA DAS QUEIXAS INICIAIS						
CD: 1-SEGUE PARA INTERNACÃO PELA BUCOMAXILO						
2-ALTA DA CIRURGIA GERAL						

CID10

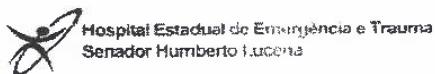
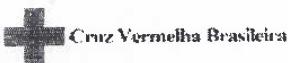
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado
Dados coletados anteriormente Utilizar na impressão?	
Conduta	
Em observação	

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

Dr. Juarez Silvestre
MÉDICO RESIDENTE
CIRURGIA GERAL
JUAREZ SILVESTRE NETO
(CRM: 11302/PB)

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

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&perform=imprimir&id=361511&pesquisa=S&&idPai=&classe=PRESCRIÇÃO...>



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

*area
interna / BAE*

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 TORIBIO GOMES PEREIRA	Nº Cons. Regional 6350/PB			
Data/Hora Classificação 13/08/2018 14:23:26		Data/Hora Prescrição 14/08/2018 00:00:04					
Anamnese PACIENTE SEM SINAIS DE FRATURA; ALTA DA ORTOP							
Conduta n observação							

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

TORIBIO GOMES PEREIRA
(CRM: 6350/PB)

CRM: 6350
Cirurgião do Jelito
Ortopedia - Traumatologia
Dr. TORIBIO GOMES PEREIRA

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

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=361465&pesquisa=S&perform=im... 1/1

Unimed Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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
Mãe SEVERINA FRANCELINA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 988316094
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)

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

SALICÍLICO 1G (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: 600) JOSEVALDO DA SILVA em 13/08/2018 14:24:59

PRESCRIÇÃO MÉDICA	
Nome: MARLI ELIDE FERREIRA DE LIMA Número do Atenção: Convênio SUS	
Data de 12/03/1964 Idade: 54a 5m 2d Sexo: FEMININO Nº Prontuário: 1101117 Validade da Prescrição: 14/08/2018 06:31:00 - 15/08/2018 06:31:00 Matricula Senha	
	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apagamento
1. LÍQUIDA	0,0		Observação: PASTOSA	ORAL			
2. TELCO REPARADO	0,0			E.V.			
3. FÁCIA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			12/08/2018
4. FÁCIA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10,0	ML		E.V.			12/08/2018
5. ÁGUA DESTILADA	10,0	ML		E.V.			12/12H
6. ÁGUA DESTILADA	10,0	ML		E.V.			12/08/2018
7. CEFALOTINA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	1,0	G		E.V.			6/6H
8. CEFALOTINA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			8/8H
9. Daltizum 0,8% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
10. CETOPIROXENO 100 MG	100,0	MG		E.V.			12/12H
11. Daltizum 0,8% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
12. FLAMADOL 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML					12/12H
13. SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					

V: 13/08/2018
 TALVANE SOBREIRA
 CRM: 2262
 Assinatura e Carimbo do Profissional

Rita de Cássia A. da Silva
 Enfermeira
 COREN-DF 464.130

TALVANE SOBREIRA
 CRM: 2262



HOSPITAL ESTADUAL DE S. J. DO RJ. - AGÊNCIA E TRAUMA S. J. DO RJ.

PREScrição MÉDICA

Número Matrícula	MARGARETE FERREIRA DE LIMA Motivo do Atendimento	Data de nascimento	Idade	Sexo	FEMININO	Número de Prescrição	Validade da Prescrição	14/08/2018 06:31:59	
								12/03/1964	54a 5m 2d
Enfermaria / Leito				Matrícula		Senhora			

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

ALVANE SOBREIRA
CRM: 2262

Assinatura e Carimbo do Profissional

Num. 20376891 - Pág. 9

HOSPITAL ESTADUAL DE ENFERMÍNCIA E TRAUMA S. NADOR

Data:	14/08/18 06:32
Usuário:	TA.VIEIRE
Boleto:	1101117

PREScriÇÃO MÉDICA

Nome:			Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Date Prescrição
MARLI EIDE FERREIRA DE LIMA			12/03/1934	54a 5m 2d	FEMININO	1101117		14/08/2018 06:31:59
Motivo: Atendimento			Enfermaria / Leito					
Convenio								
SUS								

Nome do medicamento			Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apresentação
10 CABECERA ELEVADA A 30°			0,0						
11 SSW + CCG			0,0						
12 HIGIENE ORAL RIGOROSA			0,0						

YALVANE SOBREIRA
CRH: 2762

Assinatura é patrimônio do Profissional
14 de Agosto de 2018

CICLOFARMACOLOGISTA CLINICAL

Assinatura é patrimônio do Profissional
14 de Agosto de 2018
YALVANE SOBREIRA
CRH: 2762



PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

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

- | | | | | | | | |
|---|------------------------|-----|--|--|--|--|--|
| 1 | SOLICITAÇÃO DE PARECER | 0.0 | | | | | |
| 2 | SUTURA DE FERIMENTO | 0.0 | | | | | |

Dr. Alexandre Tamiro
Médico
CRM-SP 11395

ALEXANDRE FERREIRA TAMIRO
CRM: 11395

Assinatura e Carimbo do Profissional



Data: 13/08/18 14:32
Estado: LÉGICO
Bielma 1400117

PREScrição MÉDICA

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientation de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos.	Aplicamento
1 DIETA ZERO		0.0					
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO JERASCO	1500.0	ML		NENHUMA			
3 DIFUSCA 500 MG/ML (AMPOLA 2mL)	2.0	ML		E.V.			
Bid. em AGUA DESTILADA	10.0	ML					
4 TETANOGAMMA	1.0	UJ					
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCRÍTICA	0.0			INTRAMUSCULAR			

Lerário
MUSEU MUNICIPAL
N. 3134
MENIGO BRAGANTE DE ARAUJO
CRM 3131

13 de Agosto de 2018
Lenino Braga, C.R.C. 00000000000000000000
Assinatura de Garantia de Profissional

Num. 20376891 - Pág. 12



Brasilicam



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

IMÁRLEIDE FERREIRA DE LIMA	Boletim de Atendimento 1104117	Data/Hora Entrada 13/08/2018 14:23:26	Data/Hora Saída
Data de nascimento 12/03/1964	Idade 54	Sexo Feminino	CNS 708403728553766
Tempo de Internação		Convênio SUS	Prontuário 110472
			Plantão DIURNO

CLUÇÃO MEDICA (IGOR BATISTA CAMARGO - 14/08/2018 17:55:24)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO: TOMOGRAFIA REALIZADA

DESCRÍÇÃO 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 SISTÉMICA CONTROLADA COM MEDICAÇÃO VIA ORAL EM RESIDÊNCIA. AS MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO NÃO ESTÃO DISPONÍVEIS PELA FARMÁCIA OU AQUELAS QUE ESTÃO. A DOSAGEM DIFERENTE DA REGULARMENTE USADA PELA PACIENTE, NO entanto, 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.

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

Número Conselho: 4632

ALTA MÉDICA

ALTA MÉDICA

USUÁRIO:

OLAVO HOSTON GONCALVES PEREIRA

DATA E HORA:

15/08/2018 08:57:35

MOTIVO DE ALTA:

ALTA HOSPITALAR

CONDUTA:

Paciente será tratada em outro hospital por interesse familiar



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: IGOR BATISTA
CAMARGO
Em: 14/08/2018 17:55:35

Paciente	Bolelim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
MARILEIDE FERREIRA DE LIMA	110117	13/08/2018 14:23:26	
Data de nascimento 12/03/1964	Idade 54	Sexo Feminino	CNS 708403728553766
Tempo de Internação		Convênio SUS	Pronluarivo 110472
			Plano DIURNO

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO: TOMOGRAFIA REALIZADA

DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO.

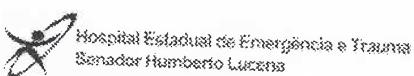
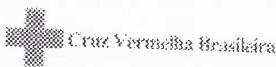
PACIENTE INTERNADA PELA BMF PARA TRATAMENTO DE FRATURA ZIGOMÁTICO ORBITÁRIA DIREITA FAZENDO USO DE PRESCRIÇÃO PADRÃO DA ESPECIALIDADE. A MESMA TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA CONTROLADA COM MEDICAÇÃO VIA ORAL EM RESIDÊNCIA. AS MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO NÃO ESTÃO DISPONÍVEIS PELA FARMÁCIA OU AQUELAS 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: 4032

IGOR BATISTA CAMARGO
CRM: 110472
CRM: 4032-4-PB
Id. 0101930035 MOYES



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

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

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

(MATERIAL: SORO - MÉTODO: 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 - MÉTODO: CINETICO AUTOMATIZADO)
Exame

UREIA - SORO

SORO

Resultado

Valor(es) Referência(s)

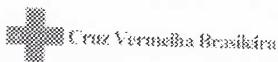
32 mg/dL

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.





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

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

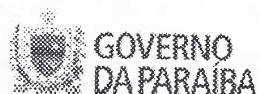
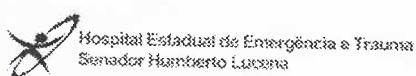
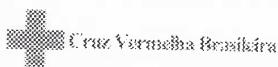
CATEGORIA: HEMATOLOGIA
COAGULOGRAMA COMPLETO - QUANTIDADE: 1
COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58

Exame	Resultado	Valor(es) Referência(s)
TEMPO DE TROMBOPLASTINA - TTPA		
TPPA - PACIENTE	33.9	21 a 32 segundos
TPPA - CONTROLE NORMAL	32	
TEMPO E ATIVIDADE PROTROBINA - TP		
TP - PACIENTE	13.5	11 a 16 segundos
TP - CONTROLE NORMAL	13.5	
ATIVIDADE PROTROBINA PACIENTE	100	70 a 120%
INR		
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.





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

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

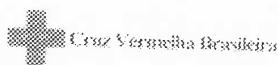
**HEMOGRAMA - QUANTIDADE: 1
COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58**

Exame	Resultado	Valor(es) Referência(s)
SERIE VERMELHA		
ERITROCITOS	3.92 / mm3	Masculino > 13 anos 4.4 - 6.1 milhares/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 %
SERIE BRANCA		
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 TIPICOS	20 / mm3	20 a 35 - 900 a 3.500
MONOCITOS	3 / mm3	2 a 8 - 90 a 800
CONTAGEM DE PLAQUETAS		
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



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

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

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

(MATERIAL: SORO - MÉTODO: 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 - MÉTODO: 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 - MÉTODO: CINETICO AUTOMATIZADO)

Exame

TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP)

SORO

Resultado

Valor(es) Referência(s)

51 U/L

Ate 41 U/L U/L

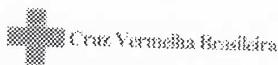
Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA
CRBM 4942 - PB
Em: 14/08/2018 14:34:11
Protocolo número: 20180814143411/360979/237

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

Num. 20376898 - Pág. 4



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

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

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

Exame	Resultado	Valor(es) Referência(s)
TEMPO DE TROMBOPLASTINA - TTPA		
TTPA - PACIENTE	33.9	21 a 32 segundos
TTPA - CONTROLE NORMAL	32	
TEMPO E ATIVIDADE PROTROBINA - TP		
TP - PACIENTE	13.5	11 a 16 segundos
TP - CONTROLE NORMAL	13.5	
ATIVIDADE PROTROBINA PACIENTE	100	70 a 120%
INR		
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.



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

Num. 20376898 - Pág. 5



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

Documento de Alta

Nome: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA			Número Prontuário: 110472
Data de 12/03/1964	Sexo: Feminino	Data de Internação: 14/08/2018 08:43:20	Data de Alta: 15/08/2018 08:57:35
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: Paciente será tratada em outro hospital por interesse familiar			
Resumo da Internação: 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			
Resultado de Exames: hemograma e eletro			
Tratamento: suporte clínico e cururgia fratura zigomático após regressão de edema			
Diagnóstico: S02.4 - Fratura dos ossos malares e maxilares			
Recomendações: higiene, cuidado em transporte da família.			

Dr. Olavo Hoston
Cir. Bucomaxilar Facial
CRM: 4143

OLAVO HOSTON GONCALVES
PEREIRA
CRM: 4143 - PB

Data: 15/08/2018



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

Num. 20376898 - Pág. 6



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAv. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Joao Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (**83)
3216-5736 / 3216-5775

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

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

(MATERIAL: SORO - MÉTODO: CINÉTICO AUTOMATIZADO)

Exame

Resultado

Valor(es) Referência(s)

CREATININA

SORO

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 - MÉTODO: ENZIMÁTICO AUTOMATIZADO)

Exame

Resultado

Valor(es) Referência(s)

GLICOSE

SORO

148 mg/dLCrianças : 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 - MÉTODO: CINÉTICO AUTOMATIZADO)

Exame

Resultado

Valor(es) Referência(s)

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

SORO

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

Num. 20376911 - Pág. 1



Nome: Manelinda Ferreira de Lima

União Oural

Pernaric 1x
Tomar 1 comp de 12/24h.
Por 3 meses.



01/10/18

Assinatura e carimbo do Dr. Paulo Roberto da Silva Lima
CRM PB 4523
Gastro Vascular e Endovascular



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Mandarau/ONES 2756102
RECEITUÁRIO

NOME Manelinda Ferreira de Lima

USO local

1) Neomuna + Bacitracina - 1b
Aplicar no joelho em lesão
2x dia e cobrir com gaze sem
abafar (cortar a gaze ao meio).
• micropore

2) Hidrogel - 1bism.
Aplicar no local do calcanhar
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 MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
U.S.F. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
R. João de Brito Melo
Mandacaru

REGISTRO
RECEituÁRIO

NOME marileide Ferreira de
Lima

Rx uso oral

- ① Dipirona 500 mg — 40 gms
Tomar 02 comprimidos de 6
em 6 horas, se dor.
- ② Dipirona monoidratada 1g — 03 cx
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



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811261959900000019822155>
Número do documento: 19040811261959900000019822155

Num. 20376921 - Pág. 2

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.

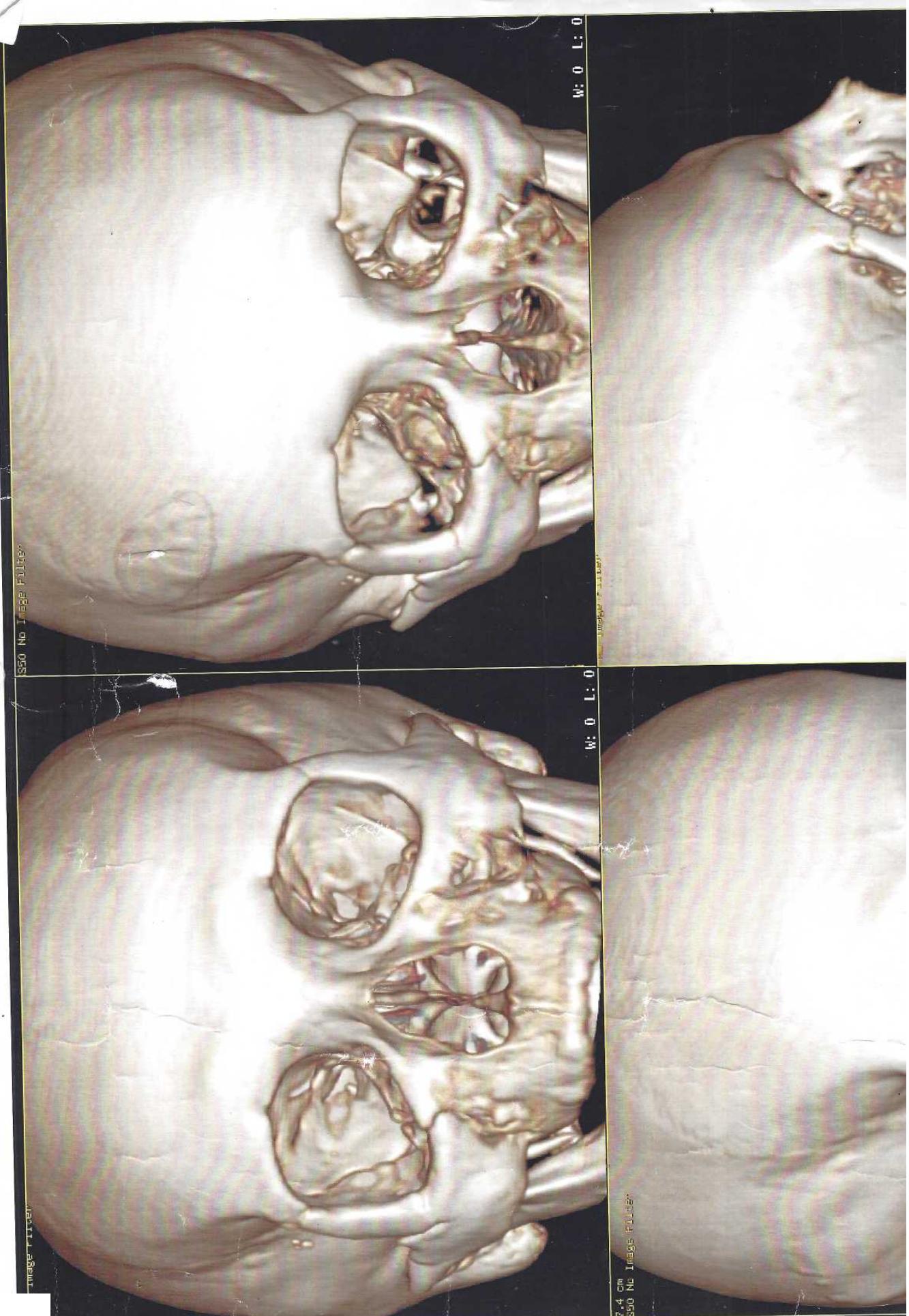
No dia 29 de agosto de 2018 foi internada para cirurgia definitiva de reconstrução da órbita (S02.4), sendo liberada 24h após cirurgia. Encontra-se em acompanhamento e boa evolução clínico-funcional.

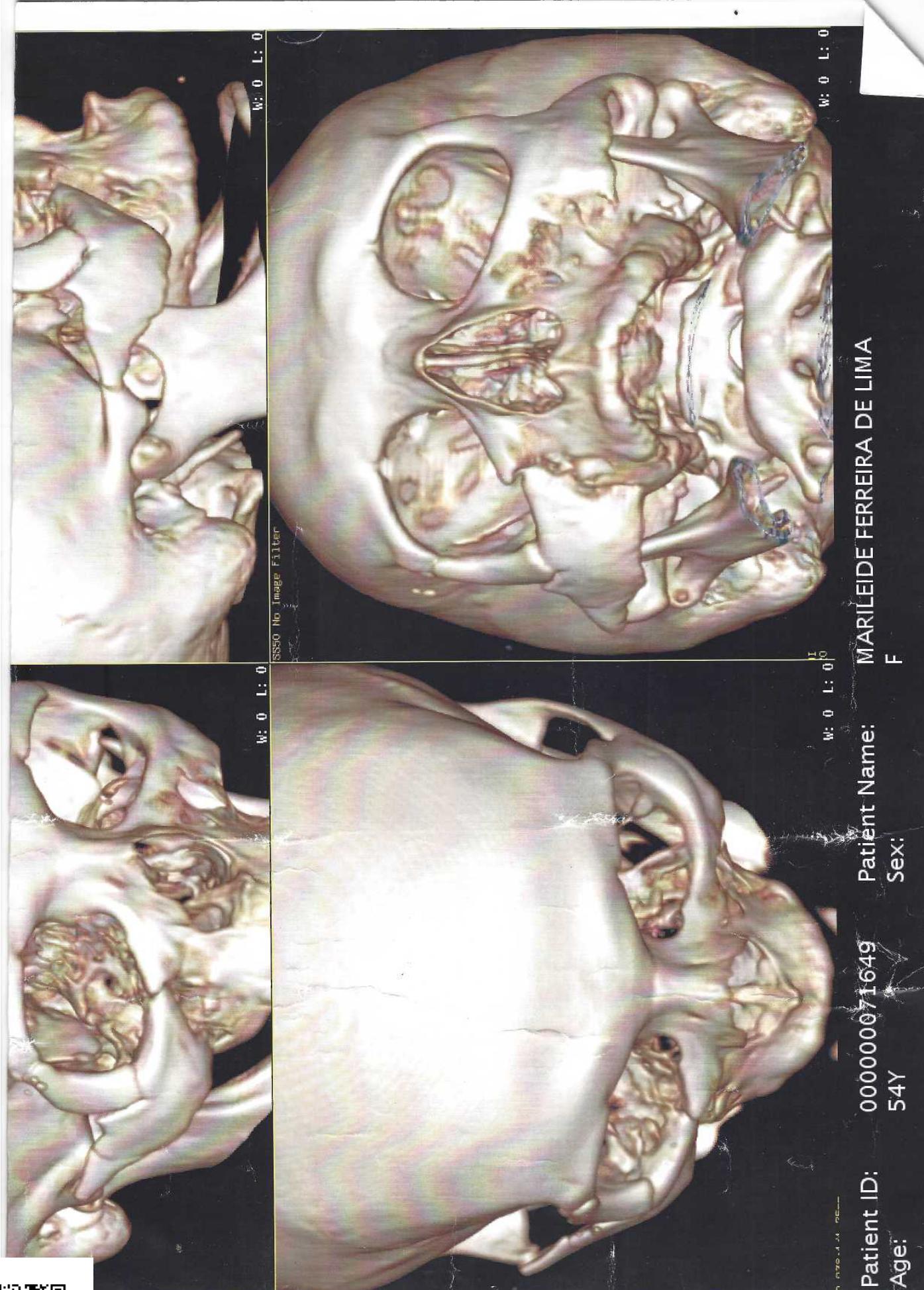
O custo do tratamento foi R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), referente a honorários médicos (Cirurgiões e Anestesista), material cirúrgico e diária hospitalar (sala de cirurgia e hotelaria).

João Pessoa, 28 de setembro de 2018

Cirurgia Buco-Maxilo Facial-CRO/PB 4143









**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



Assinado eletronicamente por: GIANNE DE CARVALHO TEOTONIO MARINHO - 02/07/2019 13:44:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070213442574600000021727330>
Número do documento: 19070213442574600000021727330

Num. 22384398 - Pág. 1