



VANESSA SAMARA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS  
PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** LEIDIANE FERREIRA DO CARMO, brasileira, solteira, agricultora, portador do RG: 8550159 e CPF: 098.926.874-85, residente e domiciliado na Rua Joao Goulart, Nº41, Bairro São Borja, cidade de São Jose do Egito, CEP 56700-000, Estado de Pernambuco

**OUTORGADO:** Vanessa Samara Ferreira Leandro, brasileira, casada, inscrita na Ordem dos Advogados sob o nº 24.411, Paraíba, com Escritório Profissional na Rua Peregrino Filho, 95, Empresarial Antônio Bernardo, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-000.

Através do presente instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, conforme estabelecido no artigo 105 do Novo Código de Processo Civil. Requer, solicitar, pegar junto ao Hospital Regional Deputado Jandhui Carneiro- Regional de Patos-PB, todos os prontuários, atestados, laudos e raio x, referentes a minha entrada neste referido instituto de saúde. **Receber mandados de pagamento ou alvarás no Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, ou qualquer outro banco determinado por lei como depositário judicial.**

Patos - Paraíba, 21 de OUTUBRO 2019.

Leidiane Ferreira do Carmo

Dra. Vanessa Samara Ferreira Leandro  
OAB/PB nº 24.411  
(83) 9 9131-7273/ 9.8851- 1409



Assinado eletronicamente por: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO - 05/11/2019 10:55:32  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110510553239300000052575802>  
Número do documento: 19110510553239300000052575802



VANESSA SAMARA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS  
DECLARAÇÃO

**DECLARANTE:** LEIDIANE FERREIRA DO CARMO, brasileira, solteira, agricultora, portador do RG: 8550159 e CPF: 098.926.874-85, residente e domiciliado na Rua Joao Goulart, Nº41, Bairro São Borja, cidade de São Jose do Egito, CEP 56700-000, Estado de Pernambuco

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA:** Declaramos termos da Lei nº. 7.115/83, perante este órgão judiciário, para o fim especial de obter a **GRATUIDADE DOS ATOS JUDICIAIS**, ser pessoa juridicamente pobre nos termos do § 4º do artigo 5º da lei nº 1.060/50, não podendo arcar com as despesas e encargos processuais sem prejuízo do seu sustento próprio e de sua família, em oportuno, assumo a responsabilidade por minhas afirmações tanto de pobreza como de residência, sujeitando-me às sanções civis e criminais previstas na legislação vigente em caso de falsidade do conteúdo desta declaração

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA:** Declaro com base na Lei nº 7.115 de 29 de março de 1983 que resido no endereço acima identificado. Declaro ainda ser conhecedor das sanções cíveis, administrativas e criminais a que estarei sujeito caso as informações prestadas não sejam estritamente a verdade

Patos - Paraíba, 21 de OUTUBRO 2019.

*Leidiane Ferreira do Carmo*

Dra. Vanessa Samara Ferreira Leandro  
OAB/PB nº 24.411  
(83) 9 9131-7273/ 9.8851- 1409



Assinado eletronicamente por: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO - 05/11/2019 10:55:32  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110510553239300000052575802>  
Número do documento: 19110510553239300000052575802



14 AGO. 2019





**Ministério da Fazenda  
Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**



**Número**

**098.926.874-85**

**Nome**

**LEIDIANE FERREIRA DO CARMO**

**Nascimento**

**23/02/1991**

**14 AGO. 2019**





**NOTA FISCAL + FATURA + CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

**Companhia Energética de Pernambuco**  
**Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902**  
**CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | [www.ceppe.com.br](http://www.ceppe.com.br)**

JOAO ALVES DA SILVA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA JOAO GOULART 41

CPF 667 959 314-04

SAO BORJA/SAO JOSE DO EGITO  
SAO JOSE DO EGITO PE  
56700-000

BI RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7004432139	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
12/08/2019	22/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	60,94

**DESCRICAO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	73,00000000	0,78063095	56,98
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,12
ICMS Subvenção-CDE-NF 083156887-23/05/19			0,47
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,63

TOTAL DA FATURA

60.94

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3010269369	CAT	21/06/2019	6 322,00	23/07/2019	6.395,00	32	1,60000		73,00

### HISTÓRICO DE CONSUMO

Month	Value
JUL 19	73
JUN 19	76
MAY 19	76
APR 19	93
MAR 19	76
FEV 19	69
JAN 19	77
DEZ 18	81
NOV 18	91
OUT 18	71
SET 18	50
AGO 18	47
JUL 18	45

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
<b>ICMS</b>	57,98	25,00	14,49
<b>PIS</b>	57,98	0,82	0,47
<b>COFINS</b>	57,98	3,81	2,20

### COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 19,06	32,37%
Transmissão	R\$ 2,09	3,60%
Distribuição (Celpo)	R\$ 12,69	21,89%
Perdas de Energia	R\$ 4,00	6,90%
Encargos Setoriais	R\$ 2,98	5,14%
Tributos	R\$ 17,16	29,60%
Total	R\$ 57,98	100%

CONSIDERACIONES	TARIFAS APLICADAS	05153300
-----------------	-------------------	----------

15 AGO. 2019

RESERVADO AO FISCO

RESERVADO AO FISCO  
8C774211-9EE4-07C7-C56A-DD66-63351365





1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BOM

M 10448356

Série-A  
1ª Parte

Unidade Operacional	23ª BPM	Circunscrição	20ª DESEC	Data de Registro	20/04/19	Hora do Registro	23:00	Nº de Faltas / Total de Faltas	03 / 04
Descrição da Natureza				ACIDENTE COM VITIMA FATAL					
Data (dd/mm/aaaa)				Hora (hh:mm)		<input checked="" type="checkbox"/> Autoria Conhecida <input type="checkbox"/> Autoria Desconhecida		<input type="checkbox"/> Consumado <input type="checkbox"/> Tentado	
20/04/19				18:00				<input type="checkbox"/> Culposo <input type="checkbox"/> Deloso	
Circunscrição do Fato				Local Principal da Ocorrência		Número			
174				PE 275, KM 8					
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)				Bairro		CEP			
RODOVIA PE 275									
Complemento (Apto, Sala, Andar)				Ponto de Referência		Município			
				POUCO ANTES DO MOTEL DIVISA		BREJINHO			
<input checked="" type="checkbox"/> VITIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS				TURISTA		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Nome / Razão Social									
EDILSON FERREIRA DA SILVA									
Pai									
DAMIÃO CHAGAS MACHADO									
Mãe									
MARILENE FERREIRA DA SILVA									
Apelido / Nome Fantasia				Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado	
				<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		12		2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
Data de Nascimento		Idade Aparente		1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		Escolaridade		1.1º Grau Completo 2.1º Grau Incompleto 3.2º Grau Completo 4. 2º Grau Completo 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Analfabeto	
04/04/1936		14		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-45 anos) 6. Idoso (Acima de 45 anos)		11			
<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CNH		Orgão Expedidor		UF		<input checked="" type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outra-Qual?		Orgão Expedidor	
						120.423.354-94		NATURALIDADE	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)				Bairro		Município		UF	
ZILIO AMBO				ZONA RURAL		ITAPETIM		PE	
Dados Profissionais: Empresa				Profissão		AGRICULTOR			
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)				Bairro		Município		UF	
Altura Aparente		Peso		Cor da Pele		1. Parda 3. Negra 5. Branco 7. Branco 4. Amarela		Bípede	
1,65-0,5m 2,0-1,9m 2,5-2,4m		1,65-0,5m 2,0-1,9m 2,5-2,4m		1,65-0,5m 2,0-1,9m 2,5-2,4m		1,65-0,5m 2,0-1,9m 2,5-2,4m		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Barba (Descrever)		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		Dentes (Descrever)			
Tipo de tatuagem / Local (Descrever)				Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)			
<input checked="" type="checkbox"/> VITIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS									
TURISTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									
Nome / Razão Social									
JOSE MARCELO DA SILVA									
Pai									
Mãe									
Apelido / Nome Fantasia				Sexo		Estado Civil		1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado	
				<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		11		2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
Data de Nascimento		Idade Aparente		1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		Escolaridade		1.1º Grau Completo 2.1º Grau Incompleto 3.2º Grau Completo 4. 2º Grau Completo 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Analfabeto	
11/11/1988		18		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-45 anos) 6. Idoso (Acima de 45 anos)		11			
<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CNH		Orgão Expedidor		UF		<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outra-Qual?		Orgão Expedidor	
								NATURALIDADE	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)				Bairro		Município		UF	
RUA JOSE BENYD				CENTRO		BREJINHO		PE	
Dados Profissionais: Empresa				Profissão					
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)				Bairro		Município		UF	
Altura Aparente		Peso		Cor da Pele		1. Parda 3. Negra 5. Branco 7. Branco 4. Amarela		Bípede	
1,65-0,5m 2,0-1,9m 2,5-2,4m		1,65-0,5m 2,0-1,9m 2,5-2,4m		1,65-0,5m 2,0-1,9m 2,5-2,4m		1,65-0,5m 2,0-1,9m 2,5-2,4m		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Barba (Descrever)		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		Dentes (Descrever)			
Tipo de tatuagem / Local (Descrever)				Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)			

Assinatura do Interessado(a):

Assinatura do responsável pelo Preenchimento:

14. AGO. 2019

Impresso no Parque Gráfico do PMP/AG



1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BONP

10448356

Série-A  
1ª Parte

Unidade Operacional 23ª BPM	Circunscrição 20ª DESEC	Data da Registro 10/04/19	Hora do Registro 23:00	Nº da Folha/Total de Folhas 02/04
Descrição da Natureza				
Anexo de ocorrência do BIODS				
Nº				
Data (dd/mm/aaaa) / /	Hora (hh:mm)	<input type="checkbox"/> Autoria Conhecida <input type="checkbox"/> Autoria Desconhecida	<input type="checkbox"/> Consensado <input type="checkbox"/> Tentado	<input type="checkbox"/> Culposo <input type="checkbox"/> Delitos
<input type="checkbox"/> Flagrante <input type="checkbox"/> Alto Infracional				
Circunscrição do Fato				
Local Principal da Ocorrência				
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)				
Número				
Complemento (Apto, Sala, Andar)				
Bairro				
CEP				
Município				
UF				
Ponto de Referência				
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
Nome / Razão Social LEYDIANE FERREIRA				
Nº				
Mês				
Apelido / Nome Fantasia				
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado Civil				
1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amarelado(a) 7. Não Informado				
2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)				
Data de Nascimento				
Idade Aparente				
1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-2 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)				
4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-45 anos) 6. Idoso (Acima de 45 anos)				
Escolaridade				
1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo				
4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Analfabeto				
<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CDM				
Orgão Expedidor				
UF				
<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual?				
Orgão Expedidor				
Naturalidade				
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)				
Número				
Complemento				
Bairro				
CEP				
Município				
UF				
Telefone / Contato (DDD-Número)				
Dados Profissionais: Empresa				
Profissão				
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)				
Número				
Complemento				
Bairro				
CEP				
Município				
UF				
Telefone / Contato (DDD-Número)				
Altura Aparente				
1. Até 0,8m 2. 0,8-1,2m 3. 1,2-1,5m 4. 1,5-1,7m 5. 1,7-1,9m 6. Acima de 1,9m				
Peso				
1. Até 30 kg 2. 31-40 kg 3. 41-50 kg 4. 51-60 kg 5. 61-70 kg 6. Acima de 70 kg				
Cor da Pele				
1. Parda 2. Branca 3. Negra 4. Amarela				
Bípede				
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)				
Barba (Descrever)				
Tipo de Cabelo / Local / Formato (Descrever)				
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)				
Dentado Físico (Descrever)				
Dentado (Descrever)				
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
Nome / Razão Social ANYONIO PEDROSA PINHO				
Nº				
Mês				
Apelido / Nome Fantasia				
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado Civil				
1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amarelado(a) 7. Não Informado				
2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)				
Data de Nascimento				
Idade Aparente				
1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-2 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)				
4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-45 anos) 6. Idoso (Acima de 45 anos)				
Escolaridade				
1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo				
4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Analfabeto				
<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CDM				
Orgão Expedidor				
UF				
<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual?				
Orgão Expedidor				
Naturalidade				
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)				
Número				
Complemento				
Bairro				
CEP				
Município				
UF				
Telefone / Contato (DDD-Número)				
Dados Profissionais: Empresa				
Profissão				
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)				
Número				
Complemento				
Bairro				
CEP				
Município				
UF				
Telefone / Contato (DDD-Número)				
Altura Aparente				
1. Até 0,8m 2. 0,8-1,2m 3. 1,2-1,5m 4. 1,5-1,7m 5. 1,7-1,9m 6. Acima de 1,9m				
Peso				
1. Até 30 kg 2. 31-40 kg 3. 41-50 kg 4. 51-60 kg 5. 61-70 kg 6. Acima de 70 kg				
Cor da Pele				
1. Parda 2. Branca 3. Negra 4. Amarela				
Bípede				
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)				
Barba (Descrever)				
Tipo de Cabelo / Local / Formato (Descrever)				
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)				
Dentado Físico (Descrever)				
Dentado (Descrever)				
Assinatura do responsável pelo preenchimento:				
Assinatura do Interessado(a):				

Imprimir no Formato Padrão do PMP/AG

14 AGO. 2019



ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA MILITAR  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

M-10448356

Serie-A  
2<sup>a</sup> Parte

Assinado eletronicamente por: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO - 05/11/2019 10:55:32  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110510553269000000052575806>  
 Número do documento: 19110510553269000000052575806





**SAMU  
192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: 15A-02

**IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA**

Data: 30/04/19 Ocorrência nº: 0048 Hora: 18:20  
Local da Ocorrência: Préa Teixeira Paciente / Usuário: Neiriane Figueira de Corrao Idade: 29 Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem.  
Apoio no Local: ☐ PM ☐ Resgate / Bombeiros ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAI ☐ SITTRANS ☐ TROTE ☐ Outro  
Médico Regulador: \_\_\_\_\_  
QTA: ☐ Socorrido por terceiros ☐ Recusou atendimento ☐ Socorrido pelo Bombeiro ☐ Local não encontrado ☐ Outro

**TIPO DE AGRAVO:**

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO  
☐ AGRESSÃO  
☐ CLÍNICO  
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO  
☐ ELETROCUSSÃO  
☐ F.A.B.  
☐ F.A.F. (P.A.F.)  
☐ GINECO-OBSTÉTRICO  
☐ LESÕES TÉCNICAS  
☐ PEDIÁTRICO  
☐ PSIQUIÁTRICO  
☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO  
☐ QUEDA METROS  
☐ QUEIMADURAS  
☐ OUTROS

**ANTECEDENTES:**

☐ AIDS  
☐ ALCOOLISMO  
☐ AVC  
☐ CIRURGIAS REALIZADAS  
☐ CONVULSÕES  
☐ DIABETES  
☐ DOENÇA CARDÍACA  
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA  
☐ DOENÇA MENTAL  
☐ DOENÇA RENAL  
☐ DROGA  
☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL  
☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES  
☐ MEDICAMENTOS  
☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS  
☐ OUTROS

**DESTINO DO PACIENTE:**

SERVIÇO MÉDICO: EHR

**MOTIVO DE TRANSPORTE:**

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES  
☐ OUTRO: \_\_\_\_\_

**TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:**

LOCAL: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

**EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):**

pupilas anisocóricas, glaucos 12, ferimentos contusos na face, MMSS e  
MMII.

**DADOS VITAIS:**

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ <90mm Hg  
PA: 130 x 80 FC: PR: 111 TEMP: — °C - GLICEMIA: 115 mg/dl - E. Com a: — SpO2s/O2: 100 SpO2d/O2: —

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:**

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada  
☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☒ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz  
☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termoregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal  
☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros: \_\_\_\_\_

**INTERVENÇÕES:**

SSV / Imobilização c/ collar cervical e prancha rígida / Transporte.

**EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:**

Paciente vítima de colisão moto x moto SIC, encontrada em decúbito dorsal, já  
sem suporte, adiantado AVP c/ SRL por outra equipe (Breginho). glaucos 12,  
ferimentos na face, abdome rígido, corte em MMSS e MMII, em tempo,  
pupilas anisocóricas, não foto-reagente. Realizada imobilização c/ collar  
cervical e prancha rígida. Em AVP c/ SRL.

14 AGO. 2019



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	40277	HORA	09:05	PRONTUÁRIO	22593
DATA	21/04/2019	OPERADOR	TMEDEIROS		
OCORRÊNCIA	URGENCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	VIA PUBLICA				
MÉDICO	TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA				
PACIENTE	LEIDIANE FERREIRA DO CARMO	IDADE	28a 1m	GÊNERO	FEMININO
FILIAÇÃO I	MARIA DE LOURDES FERREIRA DO CARMO				
FILIAÇÃO II	LUIS ALEXANDRE DO CARMO				
CIDADE	BREJINHO	PE	56740000		
ENDEREÇO	RUA JOSE BENTO 13				
BAIRRO	CENTRO				
NATURALIDADE	VARZEA NOVA				
TELEFONE		CELULAR	87991390373		
C.N.S.	707406016996570	IDENTIDADE	8550159		
C.P.F.	098.926.874-85	REG. NAC.			
NASCIMENTO	23/02/1991	COR	PARDO		
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	AGRICULTORA		
RESPONSÁVEL	MARIA ADRIANA FERREIRA	Ass. Resp./Paciente	<i>Maria Adriana Ferreira</i>		
ANAMNESE	(História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários). Paciente trouxe relato sobre última de colisão moto-moto com TCE moderado e fraturas dos processos transversos (L1, L2, L3 e L4). com leve desvio de L1, L2, L3 e L4.				
EXAMES OBJETIVOS	(Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos). EG REGULAR, CONSCIENTE, DESORIENTADA, EUNÊMICA, COCORA, MIDRATICA, APP E RESTRIÇÃO AO LEMO				
EXAMES COMPLEMENTARES	(Raio X, laboratoriais)				
DIAGNÓSTICO	TCE / FRATURAS LONGITUDINAIS (COLUNA)			CID	
DADOS DA SAÍDA	Data <i>21/04/19</i> Hora <i>9:15</i> H <i>3</i> Min				
MOTIVO	<input type="checkbox"/> Alta Curado <input checked="" type="checkbox"/> Alta Melhorado <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> Óbito				
MÉDICO/CRM	<i>Dr. Luciano Fontes César</i> Neurologista CRM 3534				

14 AGO. 2019

Num. 53429778 - Pág. 3



## RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	40277	PRONTUÁRIO	22593
DATA	21/04/2019	HORA	09:05
MÉDICO	TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE	OPERADOR	TMEDEIROS
PACIENTE	LEIDIANE FERREIRA DO CARMO	IDADE	28a 1m

RESUMO CLÍNICO:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

OBSERVAÇÕES APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA ( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito  
DESTINO ( ) Residência ( ) Atendimento domiciliar  
( ) Transferência para

PATOS/PB, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ DE 20\_\_.

MÉDICO/CRM

14 AGO. 2019

008

Atendimento: 201900286791

Idade: 29 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 20/04/2019

Data de Nascimento: 01/01/1990

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME E PELVE**

### **Técnica:**

*Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste iodado, seguida de reconstruções multiplanares.*

### **Análise:**

Fígado com contorno, dimensões e coeficientes de atenuação normais.  
Ausência de sinais de dilatação biliar intra e extra-hepática.  
Baço com tamanho e densidade normais.  
Pâncreas e adrenais de aspecto anatômico.  
Rins tópicos, de morfologia e dimensões normais, sem sinais de dilatação pielocalicinal.  
Aorta de trajeto e calibre normais.  
Não há evidências de linfonodomegalias.  
Alças intestinais de calibre preservado.  
Bexiga repleta, de paredes finas e conteúdo homogêneo.  
Âmpola retal centrada.  
Diminuta quantidade de líquido livre na pelve.  
Fratura linear, completa e com leve desvio ósseo dos processos transversos direitos de L1, L2, L3 e L4.  
Fossas isquiorretais livres.  
*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 20/04/2019 23:42.*

**14 AGO. 2019**

  
Dr. Antonio Gabriel de Jesus Barbosa  
CRM - 52905739





Atendimento: 201900287965

Idade: 28 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 22/04/2019

Data de Nascimento: 23/02/1991

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZA DA COLUNA DORSAL**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Corpos vertebrais e estruturas vertebrais posteriores com forma, alinhamento e coeficientes de atenuação normais.

Ausência de protusão ou extrusões discais evidentes.

Canal vertebral com diâmetros normais.

Partes moles paravertebrais sem anormalidades evidentes.

### **Impressão Diagnóstica:**

**Tomografia computadorizada dentro da normalidade.**

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 22/04/2019 14:55.*

  
**Dr. Evaldo De Sousa Nobrega**  
**CRM 5227 - PB**

**14. AGO. 2019**





Atendimento: 201900286791

Idade: 29 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 20/04/2019

Data de Nascimento: 01/01/1990

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### Técnica:

*Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.*

### Análise:

Hematoma subgaleal e aumento das partes moles na região frontal.  
Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.  
Ventriculos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.  
Sulcos, cissuras e cisternas encefálicas de amplitude habitual à faixa etária.  
Quarto ventrículo anatômico.  
Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.  
Calcificação da pineal e plexos coróides, sem significado patológico.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 20/04/2019 23:50.*

14 AGO. 2019

Dr. Antonio Gabriel de Jesus Barbosa  
CRM - 52905739







Atendimento: 201900287965

Idade: 28 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 22/04/2019

Data de Nascimento: 23/02/1991

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### Técnica:

*Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.*

### Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Ventrículos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.

Sulcos, cissuras e cisternas encefálicas de amplitude habitual à faixa etária.

Quarto ventrículo anatômico.

Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.

Calcificação da pineal e plexos coróides, sem significado patológico.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

Este laudo foi liberado em 22/04/2019 14:21.

14 AGO. 2019

Dr. Evaldo De Sousa Nobrega  
CRM 5227 - PB





Atendimento: 201900287965

Idade: 28 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 22/04/2019

Data de Nascimento: 23/02/1991

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBOSSACRA**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Corpos vertebrais alinhados, de altura preservada.

Pedículos íntegros.

Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.

Articulações interfacetárias de aspecto habitual.

Espaços discais mantidos.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Forames de conjugação livres.

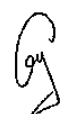
Articulações sacroilíacas preservadas.

### **Impressão Diagnóstica:**

Estudo tomográfico da coluna lombossacra dentro dos padrões de normalidade nos níveis estudados.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 22/04/2019 14:58.*

  
**Dr. Evaldo De Sousa Nobrega**  
**CRM 5227 - PB**

14 ABO. 2019



Atendimento: 201900286791

Idade: 29 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 20/04/2019

Data de Nascimento: 01/01/1990

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL**

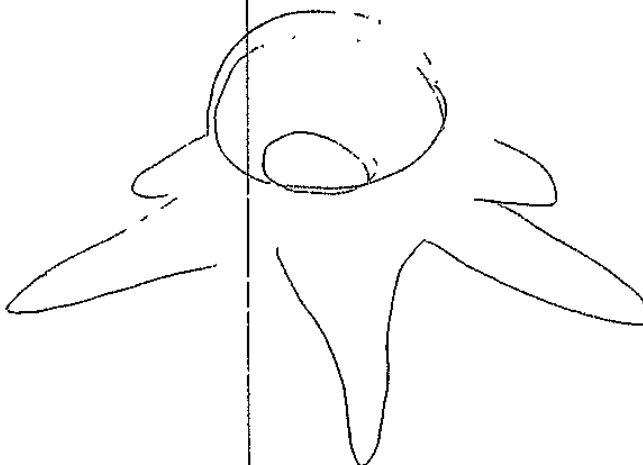
### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Retificação da curvatura fisiológica da coluna cervical.  
Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.  
Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.  
Articulações uncovertebrais e interfacetárias de aspecto habitual.  
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.  
Forames de conjugação livres

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



*Este laudo foi liberado em 20/04/2019 23:31.*

**14 AGO. 2019**



Dr. Antonio Gabriel de Jesus Barbosa  
CRM - 52905739



Hospital Regional de Patos - RX  
000000278677

25 %

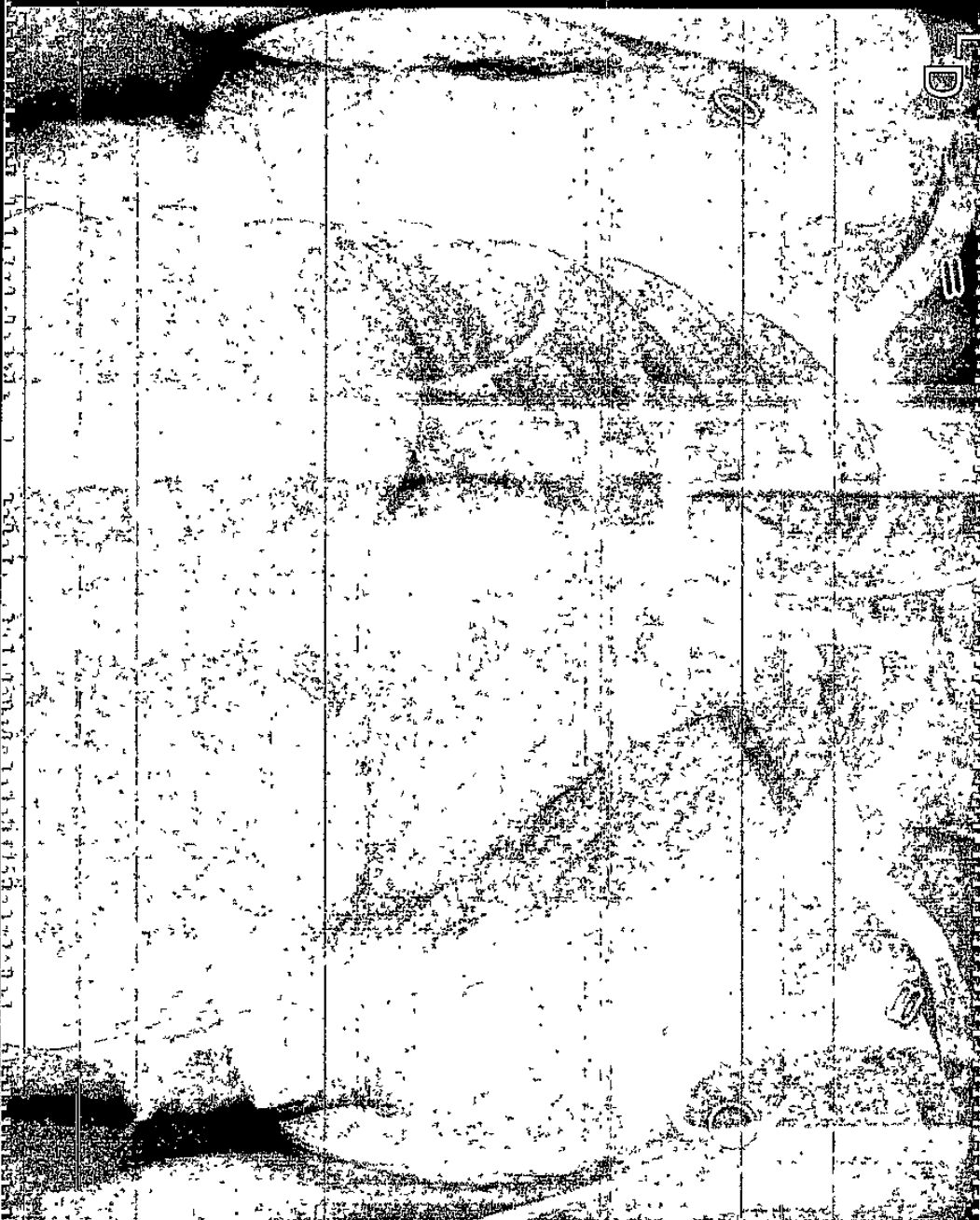
EL 5483

15 Abr 2019

Bacia, AP  
000000017951

LEIDIANE FERREIRA DO CARMO, \*1/Jan/1990

20/Abr/2019 20:57:55



Hospital Regional de Patos--RX  
00000026877

80%

EL-5288

Bacia, Entrada  
000000017951

LEIDIANE FERREIRA DO CARMO, \*11Jan/1990

20/Abr/2019 20:59:17



14 AGO 2019

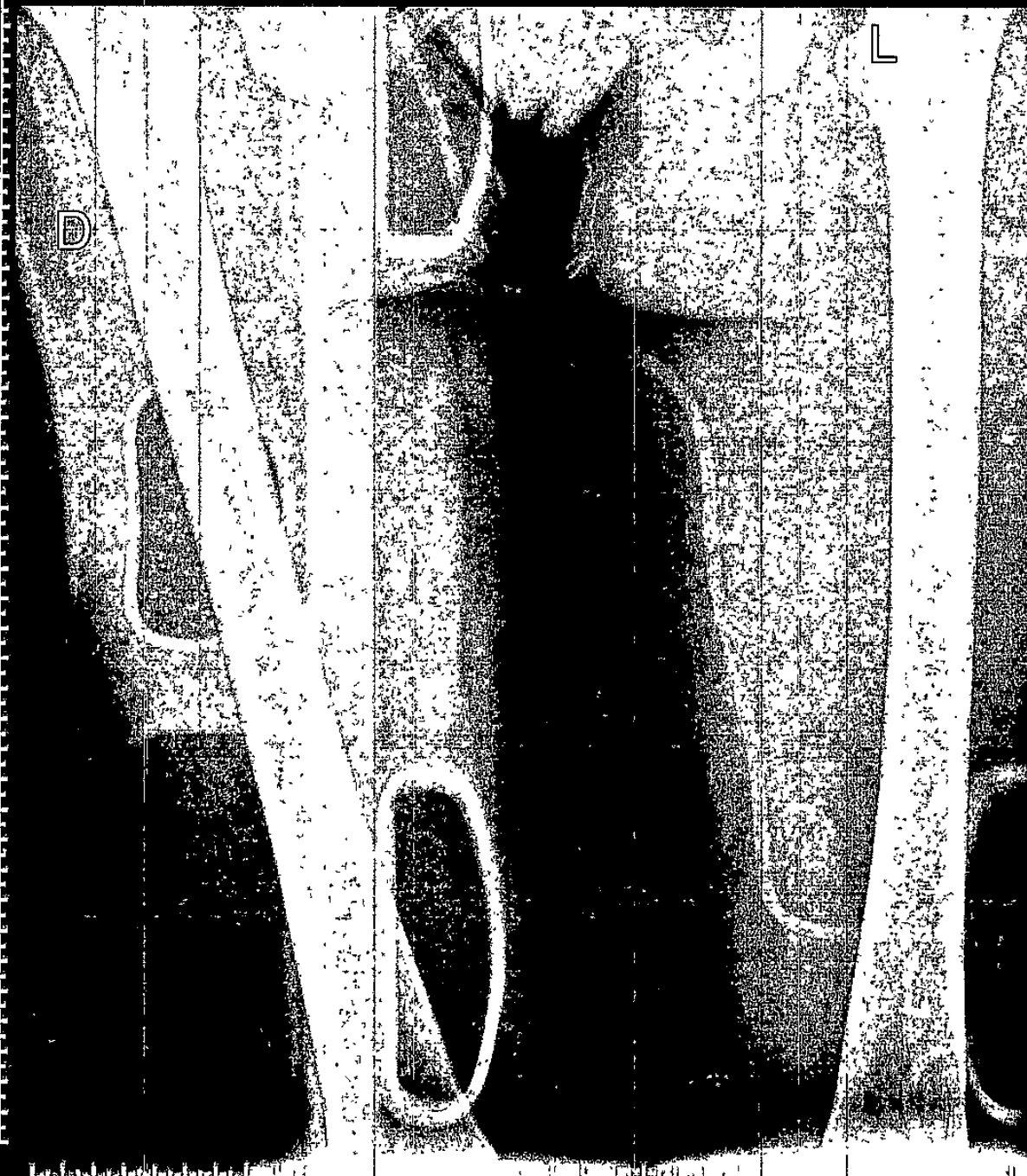


Hospital Regional de Patos - RX

000000278877

60 %

EI\_3.538



Bacia, AP

20/Abr/2019 21:05:54

000000017951

LEIDIANE FERREIRA DO CARMO, \*1/Jan/1990

14 AGo. 2019





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190479300**

**Vítima: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO**

**Data do Acidente: 20/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LEIDIANE FERREIRA DO CARMO**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **LEIDIANE FERREIRA DO CARMO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001296**

Conta: **0000015808-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você