



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 Janduhi 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.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110510553239300000052575802>
Número do documento: 19110510553239300000052575802

Num. 53429771 - Pág. 1



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

DECARAÇÃO 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.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110510553239300000052575802>
Número do documento: 19110510553239300000052575802

Num. 53429771 - Pág. 2



14 AGO. 2019



Assinado eletronicamente por: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO - 05/11/2019 10:55:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110510553249400000052575804>
Número do documento: 19110510553249400000052575804

Num. 53429773 - Pág. 1



**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



Assinado eletronicamente por: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO - 05/11/2019 10:55:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110510553249400000052575804>
Número do documento: 19110510553249400000052575804

Num. 53429773 - Pág. 2

**CELPE**

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL → **FATURA** → **CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Bona Vista, Recife - PE. CEP 50060-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
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**CLASSIFICAÇÃO**
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO		MÊS/ANO
17004432139		07/2019
DATA DE VENCIMENTO		DATA PRAZO P/ PAGAR ALE
12/08/2019		22/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)		60,94

		DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL		
		QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)		73,0000000	0,78063095	56,98
Acréscimo Bandeira AMARELA				1,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal				3,12
ICMS Subvenção-CDIE-NF 083156897-23/05/19				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	CAT	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3010269368			21/06/2019	6.322,00	23/07/2019	6.395,00	32	1,00000		73,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
JUL19	73		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Outra fonte de Energia	R\$ 59,08	32,87%
JUN19	76		57,98	25,00	14,49	Transmissão	R\$ 2,09	3,60%
MAI19	76		57,98	0,82	0,47	Distribuição (Celpe)	R\$ 12,69	21,89%
ABR19	93		57,98	3,81	2,20	Pérdidas de Energia	R\$ 4,00	6,90%
MAR19	76					Encargos Sectoriais	R\$ 2,93	5,14%
FEV19	69					Tributos	R\$ 17,16	29,60%
JAN19	77					Total	R\$ 57,98	100%
DEZ18	81							
NOV18	91							
OCT18	71							
SET18	60							
AGO18	47							
JUL18	45							

RESERVADO AO FISCO
8C77421T9EE407C7C66A0D6663351365

15 AGO. 2019

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

BON 110448356

Série-A
1ª Parte

Unidade Operacional	Circunscrição	Data do Registro	Horário do Registro	Nº. Folha Total de Folhas
23º BPM	20º DESEC	20/01/19	23:00	01 / 04
Aviso de ocorrência da BIDDS				
Descrição da Natureza	ACIDENTE COM VÍTIMA FATAL			
Data (dd/mm/aaaa)	Hora (h:min)	Autoria Conhecida	Consumado	Culposo
20/01/19	18:00	<input checked="" type="checkbox"/> Autoria Conhecida	<input type="checkbox"/> Tentado	<input type="checkbox"/> Doloso
Local Principal da Ocorrência	Local Principal da Ocorrência			
Local Principal da Ocorrência	PE 245, KM 8			
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	RODOVIA PE 245			
Complemento (Apto, Sala, Andar)	Bairro			
Município	UF	Ponto de Referência		
BREJINHO	PE	POUCO ANTES DO MOTOEL DIVISA		
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA	<input type="checkbox"/> IMPUTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	<input type="checkbox"/> OUTROS
TURISTA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
Nome / Razão Social				
JO EDILSON FERREIRA DA SILVA				
Pai				
DAMIÃO CHAGAS MACHADO				
Mãe				
MARILENE FERREIRA DA SILVA				
Apelido / Nome Fantasia	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input checked="" type="checkbox"/> 1. Solteiro(s) <input type="checkbox"/> 2. Casado(s) <input type="checkbox"/> 3. Viúvo(s) <input type="checkbox"/> 4. Divorciado(s) <input type="checkbox"/> 5. Amasiado(s) <input type="checkbox"/> 7. Não Informado	Escolaridade <input type="checkbox"/> 1.º Grau Completo <input type="checkbox"/> 2.º Grau Incompleto <input type="checkbox"/> 3.º Grau Completo <input type="checkbox"/> 4.º Grau Incompleto <input type="checkbox"/> 5. Superior Completo <input type="checkbox"/> 6. Superior Incompleto	Naturalidade <input type="checkbox"/> 7. Avulso(s) <input type="checkbox"/> 8. Separado(s)
Data de Nascimento	Idade Aparente	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 Anos)	4. Adolescente (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 Anos)	7. Avulso(s) <input type="checkbox"/> 8. Separado(s) <input type="checkbox"/>
RG	CNH	Órgão Expedidor	UF	CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual? <input type="checkbox"/> Orgão Expedidor
Número - Complemento				
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)				
RIO AMBO				
Bairro	CEP	Município	UF	Telefone / Contato (DDD-Número)
ZONA RURAL				
Profissão				
AGRICULTOR				
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)				
Bairro	CEP	Município	UF	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente	1. Até 6,5m 2. 6,6-7,5m 3. 7,6-8,5m	Peso 1. Até 20 kg 2. 21-40 kg 3. 41-60 kg	4. 61-80 kg 5. 81-100 kg 6. Acima de 100 kg	Cor da Pele 1. Parda 2. Branca 3. Negra 4. Amarela
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)	Barba (Descrever)			
Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)				
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)				
Defeito Físico (Descrever)				
Dentes (Descrever)				
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA	<input type="checkbox"/> IMPUTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	<input type="checkbox"/> OUTROS
TURISTA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
Nome / Razão Social				
JOSE MARCELO DA SILVA				
Pai				
Mãe				
Apelido / Nome Fantasia	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input checked="" type="checkbox"/> 1. Solteiro(s) <input type="checkbox"/> 2. Casado(s) <input type="checkbox"/> 3. Viúvo(s) <input type="checkbox"/> 4. Divorciado(s) <input type="checkbox"/> 5. Amasiado(s) <input type="checkbox"/> 7. Não Informado	Escolaridade <input type="checkbox"/> 1.º Grau Completo <input type="checkbox"/> 2.º Grau Incompleto <input type="checkbox"/> 3.º Grau Completo <input type="checkbox"/> 4.º Grau Incompleto <input type="checkbox"/> 5. Superior Completo <input type="checkbox"/> 6. Superior Incompleto	Naturalidade <input type="checkbox"/> 7. Avulso(s) <input type="checkbox"/> 8. Separado(s)
Data de Nascimento	Idade Aparente	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 Anos)	4. Adolescente (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 Anos)	7. Avulso(s) <input type="checkbox"/> 8. Separado(s) <input type="checkbox"/>
RG	CNH	Órgão Expedidor	UF	CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual? <input type="checkbox"/> Orgão Expedidor
Número - Complemento				
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)				
RUA JOSE BRINHO				
Bairro	CEP	Município	UF	Telefone / Contato (DDD-Número)
CENTRO				
Profissão				
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)				
Bairro	CEP	Município	UF	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente	1. Até 6,5m 2. 6,6-7,5m 3. 7,6-8,5m	Peso 1. Até 20 kg 2. 21-40 kg 3. 41-60 kg	4. 61-80 kg 5. 81-100 kg 6. Acima de 100 kg	Cor da Pele 1. Parda 2. Branca 3. Negra 4. Amarela
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)	Barba (Descrever)			
Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)				
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)				
Defeito Físico (Descrever)				
Dentes (Descrever)				
Assinatura do Interessado(s)				
Assinatura do responsável pelo Preenchimento: 14.AGO.2019				
Impresso no Parque Gráfico da PMPE / AG				

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

1. a. Via

BON 110448356

Série-A
1ª Parte

Unidade Operacional 23º BPM	Circunscrição 20ª DESFC	Data da Registro 10/04/19	Hora do Registro 23:00	Nº da Folha/ Total de Folhas 02 / 04
Aviso de ocorrência do GIODS				
Data (dd/mm/aaaa) / / / /	Hora (hhmm) : : :	Autoria Conhecida <input checked="" type="checkbox"/> Autoria Desconhecida	Consumado <input checked="" type="checkbox"/> Tentado	Cúspide <input checked="" type="checkbox"/> Deloso
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				
Pai				
Mãe				
Apelido / Nome Fantasia		Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amasiado(a) 6. Separado(a)
Data de Nascimento	Idade Aparente 1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança - 2 a 12 Anos 3. Adolescentes - 13 a 17 Anos	4. Adulto - Jovem (18-30 Anos) 5. Adulto (31-65 Anos) 6. Idoso (Acima de 65 Anos)	Escolaridade 1.º Grau Completo 2.º Grau Incompleto 3.º Grau Completo 4.º Grau Incompleto	7. Não Informado
<input type="checkbox"/> RG	<input type="checkbox"/> CNH	Órgão Expedidor	UF	Naturalidade
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc) RUA JOSE BENTO				
Bairro CENYAD	CEP	Município AREJINHO	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)
Dados Profissionais / Empresa				
Profissão				
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)				
Bairro	CEP	Município	UF	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente 1. Até 0,5m 2,5-1,4m 3,1-1,6m	Peso 1. Até 20 kg 2,21-40 kg 3,41-60 kg	4. Até 50 kg 5,51-100 kg 6. Acima de 100 kg	Cor da Pele 1. Parda 2. Branca	5. Pele Negra 4. Amarela
Cabelo - Tipo / Cor (Descriver)		Busto / Cabeça / Local / Formato (Descriver)		
Barba (Descriver)				
Tipo de Tatuagem / Local (Descriver)		Detalhe Físico (Descriver)		Dentes (Descriver)
<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 ANTONIO PEDROSA PINHO				
Pai				
Mãe				
Apelido / Nome Fantasia		Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amasiado(a) 6. Separado(a)
Data de Nascimento	Idade Aparente 1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança - 2 a 12 Anos 3. Adolescentes - 13 a 17 Anos	4. Adulto - Jovem (18-30 Anos) 5. Adulto (31-65 Anos) 6. Idoso (Acima de 65 Anos)	Escolaridade 1.º Grau Completo 2.º Grau Incompleto 3.º Grau Completo 4.º Grau Incompleto	7. Não Informado
<input type="checkbox"/> RG	<input type="checkbox"/> CNH	Órgão Expedidor	UF	Naturalidade
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc) SITIO COVADONHA				
Bairro ZONA RURAL	CEP	Município TRIXPIRA	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)
Dados Profissionais / Empresa				
Profissão				
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)				
Bairro	CEP	Município	UF	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente 1. Até 0,5m 2,5-1,4m 3,1-1,6m	Peso 1. Até 20 kg 2,21-40 kg 3,41-60 kg	4. Até 50 kg 5,51-100 kg 6. Acima de 100 kg	Cor da Pele 1. Parda 2. Branca	5. Pele Negra 4. Amarela
Cabelo - Tipo / Cor (Descriver)		Busto / Cabeça / Local / Formato (Descriver)		
Barba (Descriver)				
Tipo de Tatuagem / Local (Descriver)		Detalhe Físico (Descriver)		Dentes (Descriver)

Assinatura do interessado(s)

Assinatura do responsável pelo Preenchimento:

Impresso no Cartão Gráfico da PMPe / AG
14 AGO. 2019

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

2.ª via

M-10448356

Série-A
2ª Parte

Modus Operandi	Local de Acontecimento	Localização	Caixa de Registro	Nota de Registro	Nº da folha / Total de Folhas									
	Local de Aproximação?		Forma de Ação da Agente(s)?											
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?											
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?											
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série										
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?										
	Qual o motivo do registro do objeto?													
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série										
Dados do Véhculo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavam									
	UF	Chassi		Placa	Veículo Apreendido?									
	Qual o motivo do registro do veículo?													
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavam									
Dados Complementares	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?										
	Qual o motivo da reprise do veículo?													
	<p>A guarnição da poligona, foi solicitada pela permanência da socia, informando que na PE 275 Km 03, havia ocorrido um acidente de trânsito com vítima fatal. Ao chegarmos no local, constatamos a verdadeira dos fatos e seguindo o policiamento da Paraíba que estava dando apoio à georussia, a vítima 01, vinha em sua motocicleta Honda CG 160, cor Vermelha, ano 2015/2016, placa PDI-4632, Bixente-PE, quando bateu na traseira da motocicleta uma Honda CG 150, cor Vermelha, ano 1986, placa KGM-0542-500, José do Gaita-PE. onde Vermelha o coroa (a vítima 02 e a vítima 03) ficou como condutor do referido veículo a vítima 02, na polícia, o veículo conduzido pela vítima fatal, foi para a Lomba maca e atingiu o veículo motocicleta TITAN 150, cor Vermelha, ano 2007/2008, placa MOW-7567 Teixeira-PB.</p>													
	<p>Exames Periciais: S. Solicitado R. Realizado</p> <table border="1"> <tr> <td>Tipo do Exame</td> <td>Envolvido</td> <td><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R</td> <td>Tipo do Exame</td> <td>Envolvido</td> <td><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R</td> <td>Tipo do Exame</td> <td>Envolvido</td> <td><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R</td> </tr> </table>						Tipo do Exame	Envolvido	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo do Exame	Envolvido	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo do Exame	Envolvido
Tipo do Exame	Envolvido	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo do Exame	Envolvido	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo do Exame	Envolvido	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R						
<input type="checkbox"/> Inovador <input type="checkbox"/> Recebedor			Matrícula	Vistoria	Unidade									
Firma ou Assinatura pelo Preenchimento Data: 10/08/2019 Ass: <i>[Assinatura]</i> Nome: <i>[Nome]</i>			Interessado(s) Ass: <i>[Assinatura]</i> Nome: <i>[Nome]</i>		Responsável pelo Vistorião Matrícula N° 387.428-0 Ass: <i>[Assinatura]</i> Nome: <i>[Nome]</i>									

SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: 15402

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA		Hora <u>18:20</u>	
Data: <u>20/04/19</u>	Ocorrência nº: <u>0048</u>	Paciente / Usuário: <u>Neidiane Ferreira de Lima</u>	Idade: <u>29</u>
Local da Ocorrência: <u>PA - pux a Teixura</u>		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem.	
Apóio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> SITRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro		Médico Regulador	
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Irmãos <input type="checkbox"/> Recusou atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outro			

TIPO DE AGRADO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> FEDATRÍCO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSICATRÍCO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> Queda metros
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F (P.A.F)	
<input type="checkbox"/> GENOCO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: CHR

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE:

APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES
 OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL:

RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

pupilas anisocônicas, glagow 12, fúrmenos contínuos na face, MMS 2/11.

DADOS VITAIS:

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30pm <30pm / PULSO RADIAL: Presente Ausente / PAS: >90mm Hg <90mm Hg

P.A.: 130 x 80 FC: 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 VVAAs Disreflexia Autônoma Dor Aguda Hipertermia Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância a Alimentação Mucosa Oral Prejudicada Padrão Respiratório Ineficaz
- Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz Perfusion 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/ colar cervical e prancha rígida / Transporte.

Evolução do Enfermeiro:

Paciente vítima de colisão moto x moto SIC, encontrada em decúbito dorsal, já sem capacidade, adiantado RVP c/ SRL por outra equipe (Braguinho); glagow 12, fúrmenos na face, abdome rígido, corte em MMS e MUII, em tempo, pupilas anisocônicas, não foto-reagente. Realizada imobilização c/ colar cervical e prancha rígida. Em AVP c/ SRL.

14 AGO. 2019



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNACÃO	40277	HORA	09:05	PRONTUÁRIO	22593
DATA	21/04/2019	OPERADOR	TMEDEIROS		
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	VIA PÚBLICA				
MÉDICO	TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRÂNSITO 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 *Maria Adriana Ferreira*

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Paciente trouxe seu sogro vítima de colisão moto-moto com TCE lombopatia e fraturas dos processos transversos lombares, com luxo desvio de L1, L2, L3 e L4.

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

EG Recup., Consciente, desorientada, evitativa, corrigir, mímica, APT e restrição do movimento

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO TCE / Fraturas lombares (Coluna)

CID

DADOS DA SAÍDA

Data 25/04/19

Hora 09:50 H 30 Min

MOTIVO

Alta Curado Alta Melhorado Alta a Pedido
 Transferência Evasão Óbito

MÉDICO/CRM

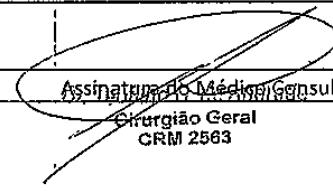
Dr. Luciano Fontes Cézar
Neurologista
CRM 2534

14 AGO. 2019

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: LEONILSON FERREIRA DO CARMODa Clínica: GT Enfermaria: _____
A Clínica: NEURO Leito: _____

Visão da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

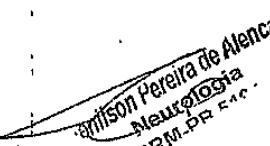
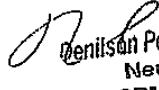
TIC MData: 21/04/19
Assinatura do Médico Consultante
Clérion Geral
CRM 2563

PARECER:

10/07/19: Pronto para a infusão de aciclovir e antivirais.
Pac. Leôn. Apresenta constipação, febre, dor de cabeça, dor de estômago, dor de garganta e dor de ouvido.
Exames: UVE, LCR, LCR

Exames: UVE, LCR, LCR

16h: Te de dia, volta de sol e dor de estômago.
Exames: UVE, LCR, LCR


Leônilson Pereira de Alencar
Neurologia
CRM-PB 2161
Leônilson Pereira de Alencar
Neurologia
CRM-PB 2161Data: 11/04/19Assinatura do Médico Especialista
14 AGO. 2019

PRONT...: 22593
PACIENTE: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Nº REQUIS.: 10638

EMISSÃO.: 22/04/2019

SEXO: F

IDADE...: 28

HEMOGRAMA COMPLETO

Material:	SANGUE	Método..:	NIHON KOHDEN	VALOR DE REFERÊNCIA		
ERITROGRAMA						
HEMÁCIAS.....	4.010 milhões/mm ³			FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm ³	
				MASCULINO	4,5 a 5,9	
milhões/mm ³						
HEMOGLOBINA.....	11.9 g/dL			FEMININO	12 a 16	
				MASCULINO	13,5 a 17,5	
HEMATÓCRITO.....	37,8 %			FEMININO	35 a 46	
				MASCULINO	41 a 53	
VCM.....	94,3 fL			NORMAL	80 a 100	
HCM.....	29,7 pg			NORMAL	26 a 34	
CHCM.....	31,5 g/dL			NORMAL	31 a 55	
RDW.....	13,8 %			NORMAL	11 a 15	
LEUCOGRAMA						
LEUCÓCITOS.....	10.800 /mm ³			NORMAL	4.000 a 10.000	
PROMIELÓCITOS.....	000 % 0000 /mm ³			NORMAL	0 a 0	NORMAL
MIELÓCITOS.....	000 % 0000 /mm ³			NORMAL	0 a 0	NORMAL
METAMIELÓCITOS.....	000 % 0000 /mm ³			NORMAL	0 a 0	NORMAL
BASTONETES.....	000 % 0000 /mm ³			NORMAL	0 a 5	NORMAL
SEGMENTADOS.....	75 % 8100 /mm ³			NORMAL	35 a 65	NORMAL 1800 a 8500
EOSINÓFILOS.....	4 % 0432 /mm ³			NORMAL	1 à 4	NORMAL 35 a 600
BASÓFILOS.....	000 % 0000 /mm ³			NORMAL	0 a 1	NORMAL 0 a 100
LINFÓCITOS.....	16 % 1728 /mm ³			NORMAL	25 a 45	NORMAL 875 a 4500
MONÓCITOS.....	5 % 0540 /mm ³			NORMAL	2 à 8	NORMAL 70 a 1000
CONTAGEM DE PLAQUETAS						
CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 345.000	mil/mm ³			NORMAL	150.000 a 450.000	
OBSERVAÇÃO						
SÉRIE VERMELHA.....						
SÉRIE BRANCA.....						
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....						
OUTRAS OBSERVAÇÕES						



Marília Cleidson S. G. Pereira
CRM - M-115
Clínico

14 AGO. 2019



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	40277	PRONTUÁRIO	22593
DATA	21/04/2019	OPERADOR	TMEDEIROS
MÉDICO	TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE		

PACIENTE LEIDIANE FERREIRA DO CARMO IDADE 28a 1m

RESUMO CLÍNICO:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

ENTAÇÕES 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 AGL. 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.

Ampola 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 COMPUTADORIZADA 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 diametros normais.

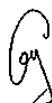
Partes moles paravertebrais sem anormalidades evidentes.

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.

Parêncima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Ventriculos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.

Sulcos, fissuras 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 coroides, 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.

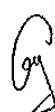
Calcificação da pineal e plexos coroides, sem significado patológico.

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 integros.

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.

14 AGO. 2019

Dr. Evaldo De Sousa Nobrega
CRM 5227 - PB



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

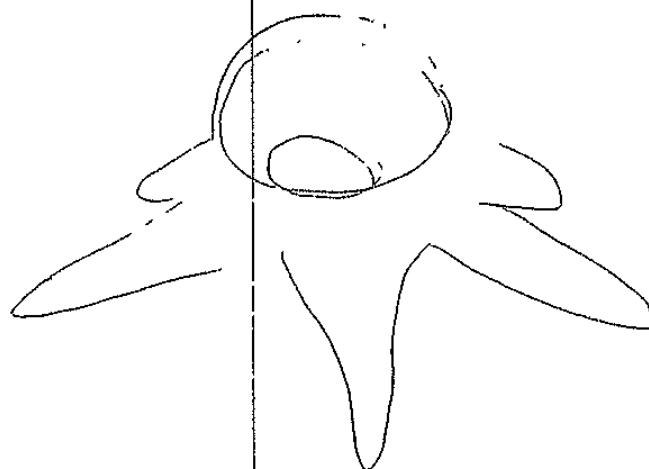
Técnica:

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 Pato - RX

000000278977

55%

LEIAZ483

Bacia, AP

00000017951

LEIDANE FERREIRA DO CARMO, *1/Jan/1990

20/Abr/2019 20:57:55

Hospital Regional de Patos—RX

000000278877

80%

EL-S388

D

14 AGO. 2019

Bacia, Entrada

000000017951

LEIDANE FERREIRA DO GOMO, *11/Jany/1990

20/Abr/2019 20:59:17

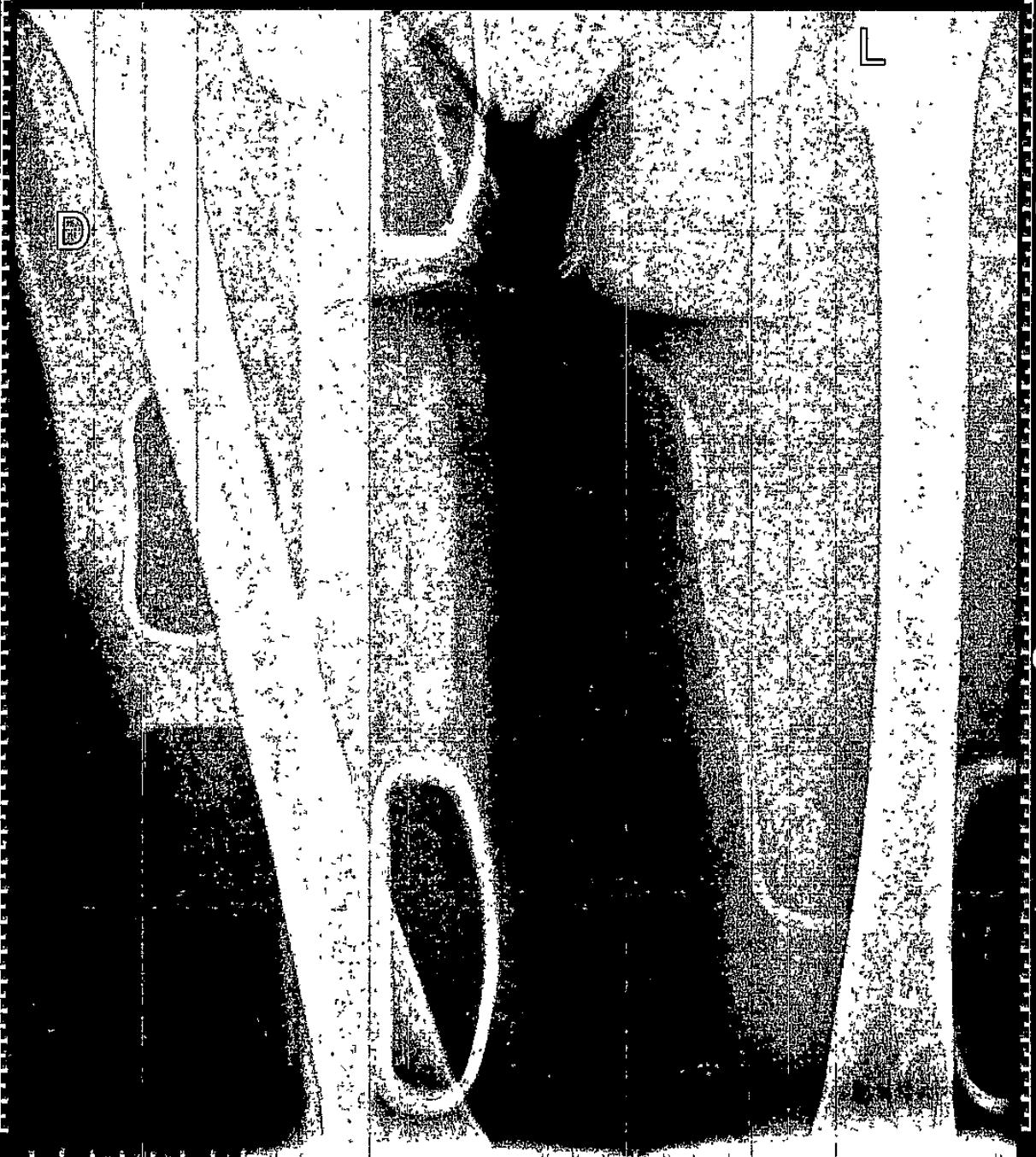


Hospital Regional de Patos - RX

000000278577

60%

EL 6.538



Bacfa; AP

20/Abr/2019 21:00:54

000000017951

LEIDIANE FERREIRA DO CARMO *1/Jan/1990

14 AGO. 2019



Assinado eletronicamente por: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO - 05/11/2019 10:55:32

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110510553285200000052575809>

Número do documento: 19110510553285200000052575809

Num. 53429778 - Pág. 14

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

