



Número: **0802051-41.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/01/2018**

Valor da causa: **R\$ 8606.25**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA
AUTOR	SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12083 547	12/01/2018 17:43	BOLETIM DE OCORRENCIA	Outros Documentos
12083 548	12/01/2018 17:43	CNH	Outros Documentos
12083 553	12/01/2018 17:43	DOC DA MOTO	Outros Documentos
12083 556	12/01/2018 17:43	DOCS 5	Outros Documentos
12083 570	12/01/2018 17:43	SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO -COMP-DR DIOGO	Outros Documentos
12083 573	12/01/2018 17:43	DOCS 6	Outros Documentos
12083 575	12/01/2018 17:43	DOCS 7	Outros Documentos
12083 576	12/01/2018 17:43	DOCS 8	Outros Documentos
12083 578	12/01/2018 17:43	LAUDO MEDICO E PRONTUARIO	Outros Documentos
12083 582	12/01/2018 17:43	PAGAMENTO ADMINISTRATIVO	Outros Documentos
12083 584	12/01/2018 17:43	PROCURAÇÃO CONTRATO E DECLARAÇÃO	Outros Documentos
12083 585	12/01/2018 17:43	PROCURACAO	Outros Documentos
12083 588	12/01/2018 17:43	SAMU	Outros Documentos
12560 889	15/02/2018 15:49	Despacho	Despacho
19387 977	21/02/2019 17:14	Mandado	Mandado
19556 837	28/02/2019 21:45	Diligência	Diligência
19556 864	28/02/2019 21:45	Citação BRADESCO SEGUROS	Devolução de Mandado



POLÍCIA CIVIL DA PARAÍBA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
PRIMEIRA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
QUARTA DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA DISTRITAL - BAYEUX - PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1.464/2017.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: **ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.**

Data e hora do registro do B.O.: 05/05/2017. HORA: 16h10min.,

Local do fato (logradouro/bairro): Bayeux-PB.

NOTICIANTE

SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO, brasileira, divorciada, natural de João Pessoa-PB, filha de Wilton Florindo de Medeiros e Sonia Maria da Silva Florindo, com 40 anos, nascida em 14/06/1976, com ensino superior incompleto, RG 1913083 SSP/PB, técnica de enfermagem, residente a Rua São Domingos, nº 04, Bairro Brasília, Bayeux-PB, (próximo a Madeira Agimaza), fone: 9-8766.5078.

NOTIFICANDO: Que, no 22/08/2016, por volta das 21h30min., estava pilotando **MOTOCICLETA** marca **YAMAHA/FAZER YS250**, de cor preta, ano 2010, modelo 2011, placa **NQJ0607/PB**, chassi **9C6KG046B0021323**, em nome de Severino Dias da Silva, seu atual companheiro; Que a notificante trafegava na Av. Liberdade, bairro Sesi, Bayeux/PB, quando conduzia a motocicleta na mão da esquerda, iria fazer uma manobra para esquerda, já vinha sinalizando, quando houve a colisão com um outro motociclista, pois este outro motociclista colidiu atingindo a notificante; Que a notificante com o impacto veio ao solo, juntamente com o motociclista causador do acidente; Que foi atendida por uma equipe do SAMU e encaminhada por HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CAPITAL, sendo submetida a avaliação médica, conforme LAUDO MÉDICO assinado por Sr. Dr. JUAN JAIME ACRE, CRM 3323/PB; Que, a notificante **NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE** contra motociclista que causou o acidente automobilístico, registra esse BO a fim de dar entrada no SEGURO DPVAT.

Assinatura do (a)notificante

Suely Suetania da Silva Florindo

Silvânia Lima da Silva

MAT.182.509-7

ATENÇÃO: Art. 299 do CPB: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: **Pena - reclusão, de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.**"

5ª D.D. - Av. Liberdade, 1753, bairro São Bento, Bayeux - PB, telefone (83) 3253-2001.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO

DOC. IDENTIDADE / CEG. EXERC. DE
1913083 SSP PB

CPF
025.089.684-20 DATA NASCIMENTO
14/06/1976

SEXO
FEMEA

WILTON FLORINDO DE
MEDEIROS
SONIA MARIA DA SILVA
FLORINDO

PERMISSAO ACC CAUSA
AB

Nº REGISTRO 05090199119 VIGENCIA 04/09/2020 1ª EMISSAO 01/12/2010

OBSERVAÇÕES

SueLy Suetania da Silva Florindo

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO 08/09/2015

51404009868
PB031299873

DETRAN - PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
1152895160

PROCURADOR PLASTIFICAR
1152895160

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012507902959
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - Cód. RENAVAM 007 201600000013798
1 0027065980-3 00/00000000 2016

NOME
SEVERINO DIAS DA SILVA

CPF / CNPJ 02172669407 PLACA NQJ0607/PB

PLACA ANT. / LIC. NOVO / PB 9C6KG0460B0021323

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/DEO APIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA/FAZER YS250 ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2011

CAP / POT / CIL 2 P/249 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
IPVA PAGO EM 14/06/2016 1º
FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º
A ***** 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (IUS) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 14/06/2016

OBSERVAÇÕES
A.F. BV FINANCEIRA S.A.

GUARABIRA - PB

40649

DATA
14/06/2016
13870

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

PB Nº 012507902959 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 14/06/2016

VIA - CPF / CNPJ 02172669407 PLACA NQJ0607/PB

RENAVAM 00270659803 MARCA / MODELO YAMAHA/FAZER YS250

ANO FAB. 2010 CAT. TARE 9 Nº CHASSI 9C6KG0460B0021323

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (IUS) SEGURO TOTA L PRÊMIO PAGO (R\$) P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 14/06/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

www.seguradoralider.com.br

13870-1555558-20160614

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1095983900

NOME: SEVERINO DIAS DA SILVA

DOC. EXISTENTE / OUT. EMISSOR: 2023569 SSDS PB

CPF: 021.726.694-07 DATA NASCIMENTO: 14/11/1976

FILIAÇÃO: JOSEILTON JACINTO DA SILVA
MARIA DAS DORES DIAS DA SILVA

PERMISSÃO: ACC: CATIA: A

Nº REGISTRO: 02681345249 VALIDADE: 21/05/2020 1ª HABILITAÇÃO: 02/01/2003

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: Severino Dias da Silva

LOCAL: SAFE, PB DATA EMISSÃO: 25/05/2015

56601480451
PB030714575

DETRAN - PB (PARAIBA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1095983900

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-062

Severino Dias da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 2.023.569 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO: 05/01/2013

NOME: SEVERINO DIAS DA SILVA

FILIAÇÃO: JOSEILTON JACINTO DA SILVA
MARIA DAS DORES DIAS DA SILVA

NATURALIDADE: GUARABIRA-PB DATA DE NASCIMENTO: 14/11/1976

DOC. ORIGEM: CASAM N.3006 FLS.05 LIV.B.AUX.06
CARTORIO GUARABIRA-PB

CPF: 021.726.694-07

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número: 021.726.694-07

Nome: SEVERINO DIAS DA SILVA

Nascimento: 14/11/1976

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SINISTRO 3170288071 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Comprev Previdência
S/A-Filial João Pessoa - PB**BENEFICIÁRIO** SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO**CPF/CNPJ:** 02508968420**Posição em 02-06-2017 10:39:23**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
<input checked="" type="checkbox"/> Documentos de identificação	Vitima	Não Conforme	
<input checked="" type="checkbox"/> Autorização de pagamento	Beneficiário	Não Conforme	SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, SUELY SUELIANIA DA SILVA FIORINDO,
PORTADOR(A) DO RG Nº 05090199119 EXPEDIDO POR DETRAN - PB EM 08 / 09 / 15 E
CPF 025089684-20 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recusou
E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SUELY SUELIANIA DA SILVA FIORINDO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 337 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2105-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 100136-6

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

João Pessoa, 06 de Junho de 2017
LOCAL E DATA

Suely Sueliania da Silva Fiorindo
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Comprovante de transferência para outro banco - TED**DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA
MOREIRA**Agência: **4370**Conta Corrente: **01-003309-8****Transferência de Conta Corrente para Conta Poupança - Outra titularidade****Conta de Origem:**

Nome:

Diogo Vinicius Hipolito E Silva Moreira

Agência:

**4370 -
J.Pessoa-Tambau**

Conta:

01.003309.8**Conta de Destino:**

Favorecido:

Suely Suetania Da Silva Florindo

CPF:

025.089.684-20

Banco:

237 - Banco Bradesco S.A.

ISPB:

60746948

Agência:

2105 - BAYEUX

Conta:

10001366VALOR: **R\$ 1.200,00****Outras Informações:**



Finalidade:

Crédito em Conta Poupança

Tarifa do Serviço:

Consulte Tabela de Serviços

Histórico:

Data da transferência:**Dia: 11/07/2017**O crédito na conta destino ocorrerá no dia **11/07/2017** **Sujeito à confirmação de saldo na data agendada.** **Transação sujeita à cobrança de tarifa. Consulte os valores na Tabela de Serviços nas agências e no site www.santander.com.br > Santander > Conta Corrente > Tarifas e Pacotes Padronizados > Tabela Completa de Serviços.**Data/Hora da transação: **11/07/2017 - 15:47 h**Autenticação bancária: **87E69588624E68574BDA8A8****Central de Atendimento****Santander**4004-3535 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800-702-3535 (Demais Localidades)**SAC 0800-762-7777
Ouvidoria 0800-726-0322**

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
SUELY SUTANIA DA SILVA FLORINDO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
1913083 SSP PB

CPF
025.089.684-20 DATA NASCIMENTO
14/06/1976

FILIAÇÃO
WILTON FLORINDO DE
MEDEIROS
SONIA MARIA DA SILVA
FLORINDO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO 05090199119 VALIDADE 04/09/2020 1ª HABILITAÇÃO 01/12/2010

OBSERVAÇÕES
A ;

Suely Suetania da Silva Florindo
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
08/09/2015

51404009868
PB031299873

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1152895160

PRIMEIRO PLASTIFICAR
1152895160

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 879414

Atd: Nao Regulado

Data: 23/08/2016

Hora: 01:39:16

Recepcionista: WILMA FERNANDES MONTEIRO

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Nome: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORENTINO

Num. Prontuário: 2012.12.001011

Sexo: F IDENTIDADE: 1913083 Fone: 88864547

Morada: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 14/06/1976 Id: 40 ano(s)

End.: RUA SAO DOMINGOS, 4

Bairro: BRASILIA Cidade: BAYEUX UF: PB

Pai: WILTON FLORENTINO DE MEDEIROS

Mae: SONIA MARIA DA SILVA FLORENTINO

Ocupação: TECNICO DE ENFERMAGEM (CURSO SUPERIOR)

INFORMACOES DE ENTRADA

Razão: ESPOSO-SEVERINO DIAS

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedência: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Causa de acidente por: VITIMA DE UMA COLISAO MOTO-MOTO

Causa de violência por: EM BAYEUX PROX A UPA

Caso Policial

PRÉ-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

PC: TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Peso: Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Glicemia: IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Abd: O2%:

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vômito

Observacao

Principais

Lesão de fratura no antebraço, com
deslocamento e fragmentos deslocados.

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Atendido em 23/08/2016 às 01h39min. Paciente em estado de choque, com
fratura de antebraço com deslocamento e fragmentos deslocados.

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicação

- Propofol 1g em 100ml
- Propofol 1g em 100ml

Dr. Thales W. S. Maia
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 6590 / TEOT - 10843



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Sueli Suetônio S. Floriano</i>		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:
EMP:	LR:		
Data: <i>23.08.11</i>	Cirurgião: <i>Dr. Thales</i>	1º Assistente: <i>Dr. Rômulo</i>	
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:	
Anestesiata: <i>Dr. Rômulo</i>	Tipo Anestesia:	Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID	
<i>Angiopatia Transmural do</i>			
<i>Rebry (R)</i>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO	
<i>Ressecção de nódulo</i>			
<i>de Angiopatia</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (x) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (x) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Suely Santana da Silva Florentino</u>		Data da Admissão: <u>23/08/16</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1/</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1/</u>	
QPD: _____			
HDA: <u>Oral no 8 h</u>			
<u>for 9h apto 255</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposuo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor _____			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: *90 min 150g*

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

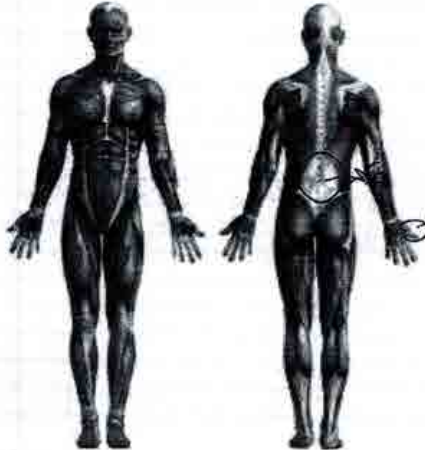
DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVC ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

F(NG).ENF.018-1

EXAME SECUNDÁRIO																																															
ALERGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim: _____																																														
MEDICAMENTOS:	<input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim: _____																																														
IMUNIZAÇÃO:	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim: _____																																														
PATOLOGIA:	<input type="checkbox"/> Não () Sim: _____																																														
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input type="checkbox"/> Não () Sim: _____																																														
LOCAL DA LESÃO <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center; margin-right: 20px;">  <p style="font-size: small;">Identifique o local com o número correspondente ao lado →</p> </div> <div style="display: flex; flex-direction: row-reverse;"> <div style="width: 45%; padding-right: 10px;"> <ol style="list-style-type: none"> 1 Abrasão2 Amputação3 Avulsão4 Contusão5 Crepitação6 Dor7 Edema8 Empalamento9 Efisema subcutâneo10 Esmagamento11 Equimose12 F. Arma Branca13 F. Arma de Fogo14 F. Contuso15 F. Cortante16 F. Corto-Contuso17 F. Perfuro-Contuso18 F. Perfuro-Cortante </div> <div style="width: 45%; padding-left: 10px;"> <ol style="list-style-type: none"> 19 Fratura Óssea Fechada20 Fratura Óssea Aberta21 Hematoma22 Ingurgitamento Nervoso23 Laceração24 Lesão Tendínea25 Luxação26 Mordedura27 Movimento torácico paradoxal28 Objeto Encravado29 Otorragia30 Paralisia31 Paresia32 Parestesia33 Queimadura34 Rinorragia35 Sinais de Isquemia36 </div> </div> </div>																																															
OBS.: _____																																															
QUEIMADURA: Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau																																															
EXAMES SOLICITADOS <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Radiografias <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada </div> <div> <input type="checkbox"/> Lavado peritonial <input type="checkbox"/> Gasometria arterial <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea </div> </div>																																															
PROCEDIMENTOS REALIZADOS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">Nº</th> <th style="width: 55%;">CONDUTAS E PROCEDIMENTOS</th> <th style="width: 10%;">CÓDIGO</th> <th style="width: 30%;">ASSINATURA E CARIMBO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Avaliação inicial</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Deposito 2L AD CV</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Colo medula 100 ml + 100 ml F.O. 9.1 CV</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Colo de urso pul</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>TR AMAL 100 ml + 100 ml 50% 9.1 IV</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Teste de 270 ml IM</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Nº	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO	1	Avaliação inicial			2	Deposito 2L AD CV			3	Colo medula 100 ml + 100 ml F.O. 9.1 CV			4	Colo de urso pul			5				6	TR AMAL 100 ml + 100 ml 50% 9.1 IV			7				8	Teste de 270 ml IM			9				10			
Nº	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO																																												
1	Avaliação inicial																																														
2	Deposito 2L AD CV																																														
3	Colo medula 100 ml + 100 ml F.O. 9.1 CV																																														
4	Colo de urso pul																																														
5																																															
6	TR AMAL 100 ml + 100 ml 50% 9.1 IV																																														
7																																															
8	Teste de 270 ml IM																																														
9																																															
10																																															
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO Solicito parecer da <u>ORTO</u> / <u>NCR</u> às : ____ do dia ____ / ____ Solicito parecer da _____ / _____ às : ____ do dia ____ / ____ DESTINO DO PACIENTE DATA ____/____/____ SAÍDA _____ HORAS: ____:____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div> <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico <input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde) <input type="checkbox"/> Internado (setor) _____ <input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> A revalia <input type="checkbox"/> Desistência </div> <div> <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Até 48 hs. <input type="checkbox"/> Após 48 hs. <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> _____ ASSINATURA/CARIMBO </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> _____ ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL </div> </div>																																															

Avoh NOR

Variação de
cálculo de custo
e de custo
Rec. 25
Ap. 2000
uf. 2000 de
NOR

Alexandre B. G. da Silva
MÉDICO
CRM-PB 4988



CERTIDÃO

Nº. 0417/2017

Atendendo solicitação de DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA c acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME c Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constataçã de Ficha de atendimento ambulatorial de N°879414 e Prontuário N° 2012.12.00101 pertencente à **SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO** que foi atendida d 23/08/2016 às 01hs39min, paciente vitima de colisão moto x moto apresentanc trauma em mão esquerda. Submetido a avaliação médica e exame de imagem qu evidenciou fratura de mão esquerda. Submetido a procedimento cirúrgico c amputação de polegar esquerdo dia 23/08/16 e alta médica dia 29/08/16.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de abril de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Suely Suetania da Silva Florindo
DATA DE NASCIMENTO	14/06/76
NOME DA MÃE	Sonia Maria da Silva Florindo

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	942302
DATA DO ATENDIMENTO	22/08/16
HORA DO ATENDIMENTO	22:34
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura exposta de 1º quirodáctilo E.
CID 10	S62.5


AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando fratura exposta em 1º quirodáctilo esquerdo, lombalgia, dificuldade de mobilizar membros inferiores, glasgow 15, sem déficit motor. Avaliado pela Neurocirurgia, Traumatologia.

TRATAMENTO:

1º atendimento + transferência para Ortotrauma conforme pactuação.

ALTA HOSPITALAR:	22/08/16
DATA DA EMISSÃO:	17/11/16


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 942302



Identificação do paciente						
ID 1073357	Nome SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO		Sexo Masculino			
Data de nascimento 14/06/1975	Idade 40 anos 2 meses 8 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião Prontuário			
Mãe NAO INFORMADO	Pai NAO INFORMADO					
Escolaridade SUPERIOR INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) SEVERINO DIAS DA SILVA					
DDD Móvel	Fone Móvel 986229017	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência BAYEUX	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58307260	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro SÃO DOMINGOS			
Número 04	Complemento	Bairro BRASILIA				
Admissão						
Data e Hora 22/08/2016 22:34:53	Número da pulseira 100000549034	Convênio SUS				
Especialidade TRAUMATOLOGISTA	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL					
Classificação de risco	Origem do paciente AMBULANCIA					
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Sim			
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou NAO SE APLICA					
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA						Tempo 03min 19seg

Imprimir

ORTOTRAUMA

22/08/2016 22:37

Primeiro Atendimento Médico

100000549034
SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO
DT. NASC.: 14/06/1976
RAE: NAO INFORMADO
END.: SAO DOMINGOS
N. 04 - BRASA LIA
BAYEUX
FONE: ()
CELULAR: () 986229017
IDADE: 40
DT. ENTRADA:



UF: RORAIMA
BRASIL

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de moto, em uso de capacete. Não relato de consciência ou vômitos. Apresentando ferimento aberto em 1º quadrante, tórax (E) + lombalgia e dificuldade de mobilização de MMII.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS
AÉREAS
CERVICAL IMOBILIZADA: () SIM ☒ NÃO
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ SIM () NÃO
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ SEM DIFICULDADE
() COM DIFICULDADE

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente
HTE: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

2- RUÍDOS

() SIM
() NÃO
HTD: Roncos
Sibilos
Estertores
HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

FR: _____ imp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal () Pálida () Cianótica
() Pletórica () Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal () Quente () Fria
PULSO: ☒ Normal () Aumentado
() Fino () Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO: ☒ Regular () Irregular () Ausente
BULHAS: ☒ Normotonéticas () Hipofonéticas
() Hipofonéticas () Ausente
SOPRO: () Presente ☒ Ausente
BE OU B4: () Sim ☒ Não

FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN: flácido, diminuído, indolente

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreagente () Paralisadas () Isocóricas () Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

F(NG).CC.001-1



108800549034 BE: 942302
SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO
DT. NASC.: 14/06/1976
MAE: NAO INFORMADO

END.: SAO DOMINGOS
N. 04 - BRASA LIA
BAYEUX
FONE: ()
CELULAR: () 986229817
IDADE: 48
DT. ENTRADA:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTU

NOME DO PACIENTE:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros:

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto encaixado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

EXAME FÍSICO

PA: / mmHg

P: bpm

SpO2:

Tax:

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência:

☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das pupilas:

Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas

Tamanho: ☐ Midríase ☐ Míose

Sistema Respiratório:

☐ Ventilação invasiva

☐ Ventilação espontânea

☐ Vias aéreas pervias

☐ Traqueostomia

☐ Respiração rápida

☐ Obstrução parcial das vias aéreas

☐ Respiração ruidosa

☐ Suporte ventilatório não invasivo

☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

☐ Pulso ausente

☐ Pele fria e úmida

☐ Perфуsão tissular satisfatória

☐ Taquicardia

☐ Bradicardia

☐ Perфуsão tissular comprometida

☐ Palidez

☐ Outros:

Sistema Digestório:

☐ HDA

☐ Uso de SNG

☐ Vômitos

☐ Dor à palpação superficial

☐ HDB

☐ Corpo estranho

☐ Dor à palpação profunda

Outros:

☐ Rigidez abdor

☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

☐ Disúria

☐ Hematúria

☐ Oligúria

☐ Polúria

☐ SVD

☐ Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias

☐ Internações ☐ Outros:

Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO?

☐ Sim

☐ Não

Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

☐ Sim

☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

22/08/16 Paciente de entrada no HK após vítima de acidente de moto no momento corrente e com la de encaminhado ao CD L.

DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREM:

F(NG).ENF.022-1

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



100000549034 BE.: 942302
SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO
DT. NASC.: 14/06/1976
MAE: NAO INFORMADO

HEETSII

BE/PRONTUÁR

END.: SAO DOMINGOS
N. 04 - BRASA LIA
BAYEUX
FONE: ()
CELULAR: () 886229017
IDADE: 40
DT. ENTRADA:

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		<p>0 Monarda 0; 70.</p> <p>⊕ Ex Expe de Selegu En (Valerj Orbel)</p> <p>Açúcar Libenzu de PCR O/ Encarnadas O Orbeluone corpe a 4 Libenzu Admishu</p> <p>Andre Cristiano da Costa Lima Médico CRM 905 RN / 9714 PB</p> <p>Dr Andre Luis Farias (STAFF).</p> <p>At 10 Encarnadas ao e Libenzu corpe Selegu</p> <p>Andre Cristiano da Costa Lima Médico CRM 905 RN / 9714 PB</p>

Andre Cristiano da Costa Lima
Médico
CRM 1905 RN / 9714 PB

f. Andrew Fung
(STAFF).

7.10. Greenhouse as a human
corpuscle. Peterkin

André Cristiano da Costa Lima
Médico
CRM 7905 RN / 9714 PB

F(NG).ENF.018-1






(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

-  (/Pages/Acessibilidade.aspx)
-  (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)
- 

A A A

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
- Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
- Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
- Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

- Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)
- Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

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

ASSINE NOSSA NEWSLETTER

Nome

E-mail

AC Cidade



(https://novosite.seguradoralider.com.br)



(https://www.facebook.com/seguradoralideroficial/)
 trk=tyah&trkInfo=clickedVertical:company%2cclickedEntityId:10845224%2cid%2c1-2%2ctarId:1467409339633%2ctas:Seguradora%20%C3%ADder)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Autoatendimento (/Seguro-DPVAT/autoatendimento)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-Sugestoes)
- › SAC DPVAT (/Contato/Sac-DPVAT)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Denúncia de Fraudes (/Contato/Denuncia-de-Fraude)

Assine nossa Newsletter

Nome E-mail AC Cidade

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

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: : SUELY SUELANIA DA SILVA FLORINDO
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA profissão TEC. DE ENFERMAGEM
RG 1913083, CPF 025.089.684-20, residente e domiciliado na
R. SÃO DOMINGOS, N.º 4, BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL

OUTORGADOS: Dr. DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA, brasileiro, solteiro, devidamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba, sob o nº 17.065, com escritório profissional nesta Capital, à Rua Dom Pedro II, nº 972, sala. 108, Edifício Eunice Pereira, Centro.

Poderes: gerais e de cláusula "Ad Judicia", a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, Repartição Pública, Empresa Privada, Autarquia ou Entidade Paraestatal, propondo a ação competente em que figure como o autor o outorgante e defendendo-o quando for o réu, ofendido, reclamado ou interessado, podendo conciliar, decidir, transigir, reclamar, fazer acordo, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromisso, prestar compromisso, prestar declarações, receber citação, receber alvarás, impetrar, mandados de segurança e habeas corpus, agravar regimentalmente, receber alvará, bem como substabelecer a presente, com ou sem reserva de iguais poderes, se assim lhe convier, enfim, praticar, todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando por bom, firme e valioso.

João Pessoa / PB, 31 / 05 / 16

Suely Suelania da Silva Florindo

OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

CONTRATANTE: SUELY SUELI DA SILVA FIORINO,
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, profissão TC. DE ENFERMAGEM,
RG 1913083, CPF 025.089.687-20, residente e domiciliado na
R. S. DOMINGOS, N.º 4, BRASÍLIA, BAYEUX.

CONTRATADOS: Dr. DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA,
brasileiro, solteiro, devidamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil,
Seção da Paraíba, sob o nº 17.065, com escritório profissional nesta Capital, à Rua
Dom Pedro II, nº 972, sala. 108, Edifício Eunice Pereira, Telefone: 83 98630-1130/
83 98618-5869 83 3576-8980, Centro.

CLÁUSULA PRIMEIRA: As partes contratantes outorgam desde já o caráter de
título executivo ao presente instrumento, e elegem o foro desta Capital, com
renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir
toda e qualquer questão advinda do mesmo.

CLÁUSULA SEGUNDA: Como remuneração aos serviços profissionais ora
contratados, o **CONTRATANTE** obriga-se a pagar, aos **CONTRATADOS**, os
honorários advocatícios no valor de 20% (vinete por cento) do valor bruto
em que for condenada a demandada (o) ou do valor do acordo que for celebrado
entre as partes, em juízo ou fora dele, livre de quaisquer descontos.

E, por estarem de acordo, firmam o presente contrato, diante de 02 (duas)
testemunhas, para que surta os efeitos legais.

João Pessoa / PB, 31 / 08 / 16

Suely Sueli da Silva Fiorino

CONTRATANTE



CONTRATADO

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

DECLARAÇÃO DE POBREZA PARA FINS JUDICIAIS

SUELY SUELIÂNIA DA SILVA FIORINDO, brasileiro(a),
estado civil SOLTEIRA, profissão TEC. DE ENFERMAGEM, RG
1913083, CPF 025.089.634-20, residente e domiciliado
na R. SÃO DOMINGOS, N.º 4, BRASÍLIA, BAYeux

Declara, nos termos do Art. 1º da Lei nº. 7.115 de 29 de Agosto de 1993
(dispõe sobre a prova documental) e Lei 1060/50, para o fim de obtenção do
benefício da JUSTIÇA GRATUITA, perante a comarca de Joao Pessoa – PB,
que o mesmo é hipossuficiente financeiramente não lhe permite arcar com
as custas processuais e honorários Advocatícios, sem prejuízos de seu próprio
sustento e de sua família.

João Pessoa / PB, 31 / 03 / 16

Suely Sueliânia da Silva Fiorindo
DECLARANTE

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: : SUELY SVETANIA DA SILVA FIORINDO
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA profissão TEC DE ENFERMAGEM
RG 19.130.83, CPF 025.089.684-20, residente e domiciliado na
R. São Domingos, N.º 4, Brasília, Bayeux.

OUTORGADOS: Dr. DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA, brasileiro, solteiro, devidamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba, sob o nº 17.065, com escritório profissional nesta Capital, à Rua Dom Pedro II, nº 972, sala. 108, Edifício Eunice Pereira, Centro.

Poderes: gerais e de cláusula "Ad Judicia", a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, Repartição Pública, Empresa Privada, Autarquia ou Entidade Paraestatal, propondo a ação competente em que figure como o autor o outorgante e defendendo-o quando for o réu, ofendido, reclamado ou interessado, podendo conciliar, decidir, transigir, reclamar, fazer acordo, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromisso, prestar compromisso, prestar declarações, receber citação, receber alvarás, impetrar, mandados de segurança e habeas corpus, agravar regimentalmente, receber alvará, bem como substabelecer a presente, com ou sem reserva de iguais poderes, se assim lhe convier, enfim, praticar, todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando por bom, firme e valioso.

João Pessoa / PB, 31 / 08 / 16

Suely Svetania da Silva Fiorindo

OUTORGANTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME




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

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 608/110, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1395569, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO** idade 40 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto)** no dia 22/08/2016, na Av. Liberdade, Bairro: Sesi - Bayeux - aproximadamente às 21:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 31 de Agosto de 2016.


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

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



Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0802051-41.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

De modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado no direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF).

Cite-se e intime-se a parte ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e 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. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção).

Defiro o pedido de gratuidade judiciária.

Cumpra-se.

JOÃO PESSOA, 15 de fevereiro de 2018.

Juiz(a) de Direito

Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível da Comarca da Capital
Av. João Machado, s/n, Jaguaribe, João Pessoa/PB - 4º ANDAR
CEP: 58.013-520 / Tel.: (83)-3208-2479

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0802051-41.2018.8.15.2001
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]
AUTOR: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Nome: BRADESCO SEGUROS S/A
Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) MM Juiz(a) de Direito desta 9ª Vara Cível da Comarca da Capital, manda ao Oficial de Justiça, a quem este for entregue, que, em cumprimento a este, proceda a Citação e intimação (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e 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. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;

João Pessoa, em 21 de fevereiro de 2019

De ordem, FAGNER VIEIRA ALVES
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 1801121742595080000011815176



Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, s/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número	do	Processo:	0802051-41.2018.8.15.2001
Classe:	PROCEDIMENTO	COMUM	(7)
Assunto:			[S E G U R O]
Polo ativo:	AUTOR:	SUELY SUETANIA DA SILVA	FLORINDO
Polo passivo:	RÉU:	BRADESCO SEGUROS S/A	

CERTIDÃO

Certifico que em cumprimento ao presente mandado procedi a citação de, **BRADESCO SEGUROS S/A**, na pessoa de Rosimary Soares Costa a qual ficou de tudo bem ciente e recebendo a contrafé exarou sua assinatura no anverso do mandado. Dou fé.

JOÃO PESSOA, 28 de fevereiro de 2019
MARIA APARECIDA CAVALCANTI TOLFO

Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível da Comarca da Capital
Av. João Machado, s/n, Jaguaribe, João Pessoa/PB - 4º ANDAR
CEP: 58.013-520 / Tel.: (83)-3208-2479

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0802051-41.2018.8.15.2001
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]
AUTOR: SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Nome: BRADESCO SEGUROS S/A

Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) MM Juiz(a) de Direito desta 9ª Vara Cível da Comarca da Capital, manda ao Oficial de Justiça, a quem este for entregue, que, em cumprimento a este, proceda a Citação e intimação (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e 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. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;

João Pessoa, em 21 de fevereiro de 2019

De ordem, FAGNER VIEIRA ALVES
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18011217425950800000011815176

Assinado eletronicamente por: FAGNER VIEIRA ALVES
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 19387977

19022117142156100000018865550


Rosimary Soares Costa
Assistente Operacional
8337/Sucursal João Pessoa - PB

22/02/2019 08:17