



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 N° 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, 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 Suetânia 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.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N° 012507902959
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
VIA CÓD. RENAVAM 02160016811790 EXERCÍCIO
0027065980-3 00/00000000 2016

NOME
SEVERINO DIAS DA SILVA

CPF / CNPJ
02172669407

PLACA
NQJ0607/PB

PLACA ANT. NUE
NOVO CHASSI
9C6KG0460B0021323

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLETA 250CC
COMBUSTÍVEL
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 1^º

V FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2^º

V A ***** 0 3^º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** 14/06/2016

OBSERVAÇÕES
A.F.BV FINANCIERA S.A.

GUARABIRA - PB

DATA
14/06/2016

13870

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

PB N° 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 PLACA
02172669407 NQJ0607/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
00270659803 YAMAHA/FAZER YS250

ANO FAB. CAT. TAB. NP CHASSI
2010 9 9C6KG0460B0021323

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
--------------------	-------------------------	--------------------------------

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) *****	TOTAL DO PRÉMIO PAGO (R\$) *****
---------------------------------	--------------------	-------------------------------------

SEGURADOR	PAGAMENTO	DATA DE OUTAÇÃO 14/06/2016
-----------	-----------	-------------------------------

COTA UNICA	PARCELADO
------------	-----------

DATA DE PAGAMENTO
14/06/2016

DATA DE OUTAÇÃO
14/06/2016

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

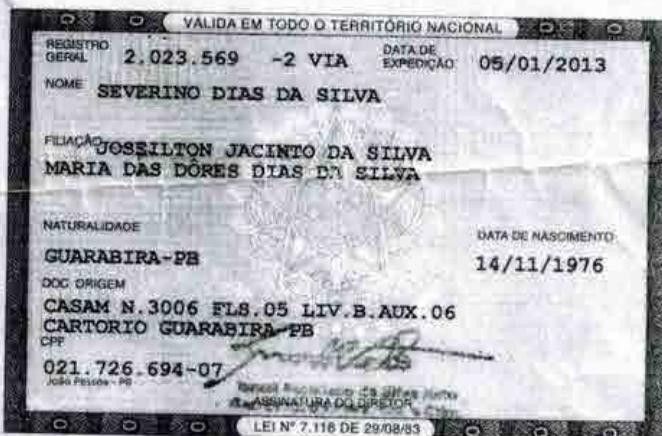
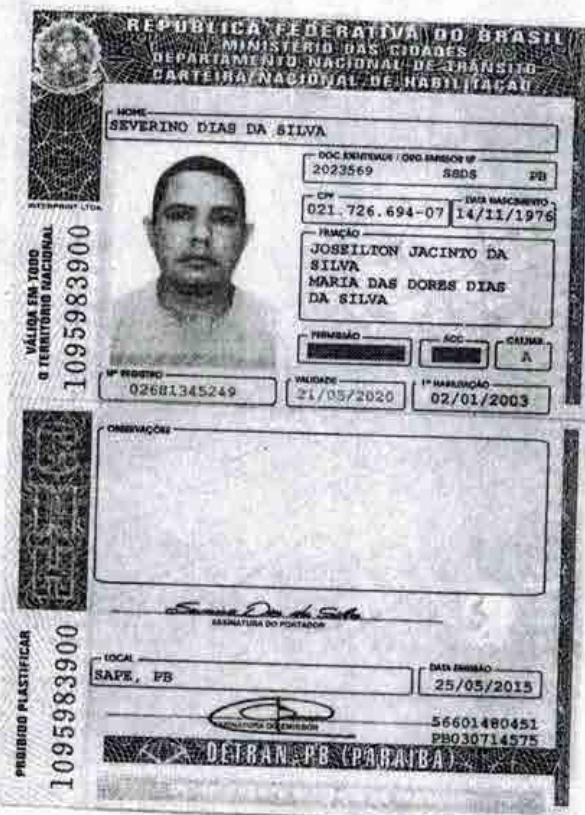
13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614

13870-1555558-20160614



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 Sustânia da Silva FlorindoPORTADOR(A) DO RG Nº 05090199119 EXPEDIDO POR DETRAN - PB EM 08/09/15 ECPF 025089684-20 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO PEUSOU

E RENDA MENSAL DE R\$ REUSOU (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Suely Sustânia da Silva Florindo, 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 aparecem 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 Lotéricas 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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2105-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 100136-6

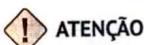
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Jáno Passos, 06 de Junho

de 2017

LOCAL E DATA

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.



Internet Banking

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:

10001366

VALOR: R\$ 100,00

Outras Informações:

Finalidade:

Tarifa do Serviço:

Crédito em Conta Poupança

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: 87E59588624E68574BDA8A8

Central de Atendimento**Santander**4004-3535 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800-702-3535 (Demais Localidades)

SAC 0800-762-7777

Ouvidoria 0800-726-0322



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
EXO HOSPITALAR MANGABEIRA
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
Repcionista: WILMA FERNANDES MONTEIRO
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: SOELY SUETANIA DA SILVA FLORENTINO
Sexo: F IDENTIDADE: 1913083 Fone: 88864547
Endr.: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 14/06/1976 Id: 40 ano(s)

Num. de vezes atendido: 2
Num. Prontuario: 2012.12.001011

Endr.: 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:

Relacionado: ESPOSO-SEVERINO DIAS
Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD
Proveniente: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA

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

Vítima de violência por: EM BAYEUX PROX A UPA

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glicemias: IMC:

Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito	

Observacao

ra Principal (5)

roto d'rollo m' m' te, van
impres. traumato do labro Enjol

História - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Agrad d'ro d'rollo e enjolado. d'
T. h'p. am profib' d'rollo
m' m' te, van

Diagnóstico

Conduta

ad - roto d'rollo

- Profib' d'rollo
- Profib' d'rollo

Horario da medicacao

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Sueli Sustento S. Fernandes</i>				Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP: LR:
Data: <i>27.08.16</i>	Cirurgião: <i>Edil Thales</i>	1º Assistente: <i>Edil Rosane</i>		
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista: <i>Edil Rosane</i>	Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Angrifuso invadindo o</i> <i>belço (R)</i>				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO
<i>Ressecção do nódulo</i> <i>do angrifuso.</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 () 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: Judy Sustania Udo Silva Florencio Data da Admissão: 23/08/16

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: _____

HDA: And mo 8 m

fa fa se se se se

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melenas []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco 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: *Ir em juro clínica*

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1- Lado direito para cima
- 2- Abdomen
- 3- Fazendo enxerto de pele

Incisão:

4- Desnudando folhas de
fibra de algodão e suspensão.
5- Sem traçado cirúrgico.

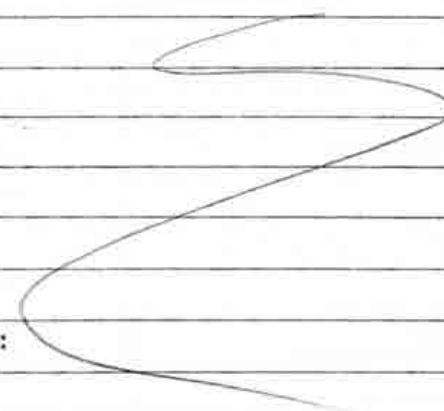
Achados:

6- Feito o enxerto de
pele de algodão.

7- Enxerto

Conduta:

8- Sutura



Fechamento:

OBS:

Data: 27/08/11

Lar. THOMAS W. S. Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6590 / TECI 10843

MÉDICO/CRM

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

ENTREGAMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTE
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Evolução do paciente

F(NG).ENF.018-1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim: _____
 MEDICAMENTOS: Não Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: Não Sim: _____
 PATOLOGIA: Não Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| 1. Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2. Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3. Avulsão | 21 Hematoma |
| 4. Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5. Crepitação | 23 Lacerção |
| 6. Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7. Edema | 25 Luxação |
| 8. Empalamento | 26 Mordedura |
| 9. Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29 Otorragia |
| 12. F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13. F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14. F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16. F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:
QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Radiografias | <input type="checkbox"/> Lavado peritoneal |
| <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) | <input type="checkbox"/> Gasometria arterial |
| <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada | <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Andamento inicial		
2	Alívio de dor A.D.C.W		
3	Colostomia 100 ml + 100 ml JFO, 9.1°C	> 22/50	
4	Lavado de ferida aberta		
5			
6	TRAMAT 100ML X 100ML S.A.P. I.V. 00:45		
7			
8	Tetraoxepam 270 mg I.M		
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da ORTO / NCR às _____ do dia _____
 Solicito parecer da _____ / _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico
DA	<input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde) _____
SAÍDA	<input type="checkbox"/> Internado (setor) _____
HORAS:	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> A revália <input type="checkbox"/> Desistência <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

ASSINATURA/CARIMBO
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1

Arooh Nor

Vitória de
cachorro de moto

St. dyf mbo

Ecol

Nx lulu

W. ZáBoa 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 constataçā
de Ficha de atendimento ambulatorial de Nº879414 e Prontuário Nº 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, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúd
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 pontuação.

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Rx



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 14/06/1976	Idade 40 anos 2 meses 8 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião	Prontuário
Mãe NAO INFORMADO				
Escolaridade SUPERIOR INCOMPLETO				
DDD Móvel	Fone Móvel 986229017	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência BAYEUX		Type 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 BRASÍLIA

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			
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	P脉	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

ORTO TRAUMA

22/08/2016 22:37

Primeiro Atendimento Médico

ELHA
BRASILEIRA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

100000549034
SUELY SUCETANIA DA SILVA FLORINDO BE: 942302
DT. NASC.: 14/06/1976
MRE: NAO INFORMADO
END.: SAJO DOMINGOS
N. 04 - BRASA LIA
BAYEUS
FONE: ()
CELULAR: () 986228017
IDADE: 40
DT. ENTRADA:

EETHL

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

Suavente atordoado de quase de morto, em 10-15 segundos. Perdeu a consciência por 10-15 segundos. Desconhecendo fatura exposta em 1º grau de contusão (E) + lombalgia c/ dificuldade de mobilização de MM II.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS Párvias Obstruídas

AÉREAS

CERVICAL IMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUÉIA NA LINHA MEDIANA: Sim Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: Sem dificuldade

Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNÉIA

AUSCULTAÇÃO PULMONAR:

1- MURMURÍO VESICULAR

HTD: Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente

HTE: Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente

2 - RUIDOS

FR: sim
 Não

HTD: Roncos
Sibilos
Estertores

HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

imp SaO₂: %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

Normal Pálida Cianótica

Pletórica Ictérica

Normal Quente Fria

Normal Aumentado

Fino Ausente

AUSCULTAÇÃO CARDÍACA

Regular Irregular Ausente

Normotónicas Hipofonéticas

Hipofonéticas Ausente

Presente Ausente

Sim Não

RÍTIMO

BULHAS

TEMPERATURA DA PELE

PULSO

SOPRO BE OU BA

ECG:

mmHg T: °C

ABDOMEN: flácido, dérmico, indolor

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: Fotoreageente

Paralisadas

Isocôricas

Anisocôricas

(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

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTU

100000549034 BE : 942302
SUELY SUETRANIA DA SILVA FLORINDO
DT. NASC.: 14/06/1976
MAE: NAO INFORMADO
END.: SAO DOMINGOS
N. 04 - BRASA LIA
BAYEUX
FONE: (-) 986229017
CELULAR: (-) 986229017
IDADE: 40
DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE:

PROCEDÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambulância de resgate	<input type="checkbox"/> Ambulância SAMU	<input type="checkbox"/> Policia				
TIPO DE ACIDENTE:	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Atropelamento			
	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Incêndio	<input type="checkbox"/> Explosão	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Outros: _____		
TIPO DE LESÃO:	<input type="checkbox"/> Fratura fechada	<input type="checkbox"/> Ferimento aberto	<input type="checkbox"/> Esmagamento	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Queimadura			
	<input type="checkbox"/> Mordedura	<input type="checkbox"/> Objeto encravado	<input type="checkbox"/> Ferimento contínuo	<input type="checkbox"/> Amputação membro	<input type="checkbox"/> Outros: _____			
LOCAL DA LESÃO:	<input type="checkbox"/> Membros sup.	<input type="checkbox"/> Membros inf.	<input type="checkbox"/> Tronco	<input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço	<input type="checkbox"/> Outros: _____			
DADOS CLÍNICOS (sintomas)								
DATA DE INÍCIO DOS SITOMAS:	/ /							
EXAME FÍSICO	PA: _____ / mmHg	P: _____ bpm	Spo2: _____	Tax: _____				
Sistema Neurológico:	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado				
Nível de Consciência:								
Avaliação das pupilas:	Simetria: <input type="checkbox"/> Isocônicas	Tamanho: <input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Anisocônicas					
			<input type="checkbox"/> Miose					
Sistema Respiratório:	<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea	<input type="checkbox"/> Vias aéreas pétivas					
	<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/> Respiração rápida	<input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas					
	<input type="checkbox"/> Respiração ruidosa	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo	<input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas					
Sistema Circulatório:	<input type="checkbox"/> Pulso ausente	<input type="checkbox"/> Pele fria e úmida	<input type="checkbox"/> Perfusion tissue satisfatória					
	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Perfusion tissue comprometida					
	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Outros: _____						
Sistema Digestório:	<input type="checkbox"/> HDA	<input type="checkbox"/> Uso de SNG	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial				
	<input type="checkbox"/> HDB		<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda				
	Outros:		<input type="checkbox"/> Rigidez abdô	<input type="checkbox"/> Distensão abdominal				
Sistema Genito-urinário:	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Poluriia	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Outros: _____		
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Cirurgias			
<input type="checkbox"/> Internações	<input type="checkbox"/> Outros: _____	Especificar: _____						
USO DE MEDICAÇÃO?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Especificar: _____					
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:								
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não						
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:	<p>22/08/16 Paciente deu entrada neste ato vindo de acidente de moto no momento comum e ocorrência de encaminhamento ao CDL.</p>							
DESTINO:	<p>Dra. Erica Dal Piaz ENFERMEIRO: COREM: 124215-PR</p>						COREM: F(NG) ENF. 022-1	



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

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

X
HEETSHL

BE/PRONTUÁRIO

END.: SAO DOMINGOS
N. 04 - BRASA LIA
BRAVEUX
FONE: ()
CELULAR: () 986229017
IDADE: 40
DT. ENTRADA:

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		O paciente Q-30. P/ exame de leva em (Salas) Brasil Aguardar liberação da PCR p/ encaminhar No ordeon corrente a admissão Administração
		André Cristiano da Costa Lima Médico CRM 7905 RN / 9714 PB
		FDr André Fons (STAFF).
		Ajto Encaminhe ao e-mail correio fcebus

André Cristiano da Costa Lima
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 0

[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.

CÓMO 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-Efetuados.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>)

SINISTRO 3170288071 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO SUELY SUETANIA DA SILVA FLORINDO

CPF/CNPJ: 02508968420

Posição em 10-01-2018 16:56:39

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
02/08/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
05/08/2017	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
28/07/2017	Interrupção de Prazo	
01/06/2017	Aviso de Sinistro	
01/06/2017	Exigência Documental	

ASSINE NOSSA NEWSLETTER



Nome

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: : SUELY SVENTANIA DA SILVA FIORINDO
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA profissão TEC. DE ENFERMAGEM
RG 1913683, CPF 025.089.684-20, residente e domiciliado na
R. SÃO DOMINGOS, N° 4, BRASILIA, 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, 31/05/16

Suely Sventania da Silva Fiorindo

OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

CONTRATANTE: Suely Suetânia da Silva Florindo, brasileiro(a), estado civil soluta, profissão TÉC. DE ENFERMAGEM, RG 1913083, CPF 025-089-684-20, residente e domiciliado na R. São Domingos, n.º 4, Brasília, BAEUX.

CONTRATADOS: Dr. DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA, brasileiro, solteiro, devidamente inscrito na IOrdem 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% (vinte 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 Suetânia da Silva Florindo
CONTRATANTE


CONTRATADO

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

DECLARAÇÃO DE POBREZA PARA FINS JUDICIAIS

SUELY SUSTANIA 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°4, BRASÍLIA, BATEUX

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

Sueley Sustanía da Silva Fiorindo
DECLARANTE

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: : SUELY Suetânia 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° 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, 31/05/16

Sueley Suetânia da Silva Florindo

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
Bairro: 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 Ay. 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:	COMUM (7)
ASSUNTO(S)	DO	PROCESSO:	[SEGURADO]
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.tjpj.pj.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: 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 contrafó 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: <http://pje.tjpj.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>, NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 1801121742595080000011815176

Protocolado - 26/02/2019 09:45:07 /
Assinado pelo Técnico Judiciário

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




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

22/02/2019 08:17