

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Adelfton Isaac

porteiro, nacionalidade: brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: porteiro, portadora do RG nº 1634143, CPF Nº 021.492.934-55, residente e domiciliada na R. Cícero Bento Sobrinho, D/n/Quadro 348, lote 81, Fumaronô

OUTORGADO: FLAVIANA DA SILVA CAMARA, brasileira, advogada inscrita na OAB/PB sob o n.º 14.540, residente e domiciliada nesta Capital, com endereço profissional localizado à Rua da João Machado, nº 399, Sala 4, Centro, João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: a quem confere amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium", em qualquer instância e/ou nos atos extra judiciais nos termos do artigo 38 do Código de Processo Civil Brasileiro, podendo, ainda, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, dar e receber quitação, firmar compromissos, inclusive de inventariante e, perante quaisquer pessoas jurídicas de direito público, seus órgãos, Ministérios, Secretarias, Autarquias, Empresas Públicas, Fundações e quaisquer pessoas jurídicas de direito privado, Sociedade de Economia mista, conjunta ou separadamente, e substabelecer, com ou sem reserva de poderes.

Ainda pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica obrigado o outorgante/contratante a pagar a Outorgada os honorários advocatícios pelos serviços prestados, na razão de 30% (trinta por cento), incidente sobre toda vantagem bruta auferida pelo contratante/Outorgante independente de haver honorários de sucumbência, ficando desde logo o M.M. Juízo desde logo autorizado a expedir alvará em separado referente aos honorários contratuais nos termos deste instrumento.

### DECLARAÇÃO DE POBREZA

OUTORGANTE: José Adelfton Isaac

solteiro, nacionalidade: brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: porteiro, portadora do RG nº 1634143, CPF Nº 021.492.934-55, residente e domiciliada na R. Cícero Bento Sobrinho, D/n/Quadro 348, lote 81

, declara através desta e para fazer prova junto ao Poder Judiciário Federal ou Estadual do Estado da Paraíba, e tendo como norte o Art. 5º, inc LXXIV da Constituição Federal e o parágrafo único do art. 2º da lei 1.060, que é pobre na forma da lei, não podendo arcar com as custas, encargos e demais emolumentos processuais caso venham a ser arbitrados sem sacrifício ou prejuízo de sua família tudo em conformidade com o já citado artigo.

Declara ainda, ser conhecedora da responsabilidade caso este instrumento não reporte com a verdade.

João Pessoa, 05 de dezembro de 2018.

x José Adelfton Isaac



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: JOSE ADEILTON ISAIAS

CPF: 021.492.934-55 DATA NASCIMENTO: 14/08/1975

RELAÇÃO: JOSE FRANCISCO ISAIAS MARIA DAS NEVES ISAIAS

RESUMO: ACC: COTIZA: AD

Nº HABITADO: 01643391420 VIGÊNCIA: 07/07/2021 1ª HABITAÇÃO: 01/02/2001

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1280772269

PROTEÇÃO PLÁSTICA 1280772269

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: JOAO FESSCA, PB DATA: 08/07/2016

53740692081 PB032866836

DETRAN - PB (PARAIBA)





CEP 58076697  
JOSE ADELTON ISAIAS  
RUA CICERO BENTO SOBRINHO, S/N - QD 348 LT 81 - FUNCIONARIOS  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AQ: 1)

**Energisa**

Ligação: MONOFÁSICO  
C/S: RES MTG 31 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: 10 - 2 - 490 - 980  
Medidor: 00001075086

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
2.230, Km 25 - Centro Rectorio - João Pessoa / PB - CEP 58071-580  
CNPJ 08.085.183/0001-40 - Insc. Est. 15.015.322-0

Nota Fiscal / Conte de Energia Elétrica Nº 021.934-55  
Cód. para Obs. Automática: 0001130929

Mar / 2019 18/03/2019 16/04/2019 021.934-55

Rec. Est.:

Com a fatura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de residência na mão. Entre em contato com um dos nossos canais e solicite a sua!

Data	Leitura	Data	Leitura				
15/02/19	8702	18/03/19	8746	1	57	31	

CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alto	Joms(R\$)	Base Calc. Pla(R\$)	Cofin(R\$)
				Tributos Teto(R\$)	ICMS(R\$)	QMS	Pla(Cofin(R\$))	(1,07039%)(4,92899%)
0801	Consumo em kWh	57.000	0,828640	47,23	47,23	25	11,80	47,23
0807	CONTRIB SERV LUM PUBLICA			1,89	0,00	0	0,00	0,00
0804	JURIS DE MORA 01/2019			0,44	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2019			1,08	0,00	0	0,00	0,00
0801	DOAÇÃO HOSPITAL NAPOLEAO LAUREANO 03/2018			0,00	0,00	0	0,00	0,00

CD: Código de Classificação do Item TOTAL 53,62 47,23 11,80 47,23 0,00 3,22  
Tarifa à Tributar 0,671770

25/03/2019 R\$ 53,62

51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00  
Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19

RESERVADO AO FISCO

ed17.9105.a3b0.ec8a.e4e1.acaa.223f.8c32.

				Composição do Consumo			
					Discriminação	Valor (R\$)	%
DIO MENSAL	5,31	0,00	NOMINAL	320	Serviços de Dist. de Energia/PB	11,57	21,56
DIO TRIMESTRAL	10,62				Compra de Energia	18,50	30,77
DIO ANUAL	21,23		CONTRATADA	302	Serviço de Transmissão	1,90	3,35
FIC MENSAL	3,20	0,00			Encargos Setoriais	2,74	5,11
FIC TRIMESTRAL	6,40		LMITE INFERIOR	202	Impostos Diretos e Encargos	18,51	33,56
FIC ANUAL	12,80		LMITE SUPERIOR	321	Custos Serviços	5,00	9,34
DWC	3,08	0,00					
DICR	12,22						
					Total	53,62	100,00

Contratada Serviço: HOSP. NAPOLEAO LAUREANO - (PJM 00064771)  
- O Consumidor declara que a presente fatura contém as informações necessárias para a emissão da fatura semestral de energia elétrica e a qualquer momento a distribuidora.

**Energisa**  
PARAIBA

Roteiro: 10 - 2 - 490 - 980  
Matrícula: 1134982-2019-03-9

25/03/2019 R\$ 53,62

8367000000-0 53620149000-3 11368622019-4 03600002019-8



Assinado eletronicamente por: FLAVIANA DA SILVA CÂMARA - 11/04/2019 12:07:14

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041112053163600000019925785

Número do documento: 19041112053163600000019925785

Num. 20483887 - Pág. 3



Atente-se ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreendida, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "enchidos" e "curiosos" corram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da esquadra onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predisponem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflicta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os andaimes, puleiras, gruas e máquinas compradas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

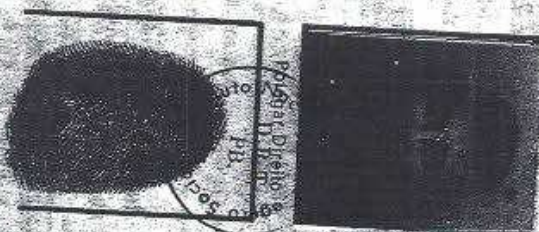
Mantenha sempre as guardas, protetores das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Hebilitar-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

Número 85.024 Série 00015



Assinatura do Portador

CARTERA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E DA  
PREVIDÊNCIA SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL









**CONTRATO DE TRABALHO**

Empregador: **CCCMF COND. RESID. FONTE DE PEDRA**  
 Município: **Matucana, Parícuti, 64M - Hidalgo**  
 Esp. do estabelecimento: **55310-000**  
 Cargo: **Porteiro Médio - 19**  
 CBO nº: **553125 - 1**  
 Data admissão: **03 de Novembro de 1993**  
 Registro nº: **Fls/Ficha: 19**  
 Remuneração específica: **R\$ 149,17 (cento e quarenta e nove reais e dezesseis centavos)**  
 Ass. do empregador ou a cargo deste: **Flávia T. Oliveira**  
 Data saída: **03 de Junho de 2006**  
 Ass. do empregado: **Flávia T. Oliveira**  
 Com. Dispensa CD nº: **34643**

**CONTRATO DE TRABALHO**

Empregador: **CCCMF Fundação Residencial Municipal de Pádua**  
 Município: **Pádua, Parícuti, 64M - Hidalgo**  
 Esp. do estabelecimento: **55310-000**  
 Cargo: **Porteiro Médio - 19**  
 CBO nº: **553125 - 1**  
 Data admissão: **04 de Novembro de 1993**  
 Registro nº: **Fls/Ficha: 19**  
 Remuneração específica: **R\$ 364,00 (trezentos e sessenta e quatro reais)**  
 Ass. do empregador ou a cargo deste: **Condorino Residencial Municipal Pádua**  
 Data saída: **de 28 de 19**  
 Ass. do empregado: **Flávia T. Oliveira**  
 Com. Dispensa CD nº: **28**  
 Vide PAG 44





12

24.108.301/0001 09

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **PH. LUCENA - Engenharia e Construção Ltda**

Rua Sousa Rangel, 437-A Rangel

COC/ME **CEP. 88070-079** NºMunicípio **João Pessoa - PB**Esp. do estabelecimento **CONSTR. CIVIL**Cargo **SERVENTE**

CBO nº

Data admissão **01** de **JUNHO** de 19 **95**Registro nº **3178** Fls./Ficha **1104A**Remuneração especificada **R\$ 10,00 - Cents****dez reais por mês****três mil e oitocentos****PH. LUCENA - Engenharia e Construção Ltda****Flaviano José Carneiro**

Ass. do empregador ou a rgo c/test.

1º **08** de **Dezembro** de 19 **95**Data saída **02** de **Dezembro** de 19 **95****PH. LUCENA****Flaviano José Carneiro**

Ass. do empregador ou a rgo c/test.

Com. Dispensa CD Nº

## CONTRATO DE TRABALHO

13

Empregador **JOÃO FRANCO DE OLIVEIRA****CEL - 3046308/13** Rua **JOÃO BOSCO** Nº **54**Município **JOÃO PESSOA** Est. **PB**Esp. do estabelecimento **CONSTRUÇÃO CIVIL**Cargo **SERVENTE**

CBO nº

Data admissão **01** de **AGOSTO** de 19 **96**Registro nº **03** Fls./Ficha **03**Remuneração especificada **R\$ 32,69 (TRINTA E****DOIS REAIS E SESENTA E NOVE****CENTAVOS) POR SEMANA****JOÃO FRANCO DE OLIVEIRA****João Franco de Oliveira**

Ass. do empregador ou a rgo c/test.


1º **17** de **Fevereiro** de 19 **97**Data saída **17** de **Fevereiro** de 19 **97****JOÃO FRANCO DE OLIVEIRA****João Franco de Oliveira**

Ass. do empregador ou a rgo c/test.

Com. Dispensa CD Nº





 PREVIDÊNCIA SOCIAL	<b>Comunicação de Acidente de Trabalho</b>
	<b>Número da CAT:2018.198.773-2/01</b>

**Informações do Emitente**

Emitente	1 - Empregador	Data Emissão	24/05/2018
Tipo de CAT	1 - Inicial	Comunicação Óbito	
Filiação	1 - Empregado	E-mail	PESSOAL.SEMOG@GMAIL.COM

**Informações do Empregador**

Razão Social/Nome	CONDOMÍNIO RESIDENCIAL IMPERIAL PRAIA	CNAE	81125
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 026264169001-45	Endereço	AV CAIRU 369
CEP	58045100	Estado	PB
Bairro	CABO BRANCO	Telefone	0683-02443728
Município	JOÃO PESSOA		

**Informações do Acidentado**

Nome	JOSE ADEILTON ISAIAS	Data Nascimento	14/05/1975
Nome da Mãe	MARIA DAS NEVES ISAIAS	Sexo	Masc
Grau de Instrução	5 - Ensino fundamental completo		
Estado Civil	Casado	Remuneração	990,00
CTPS	085024 Série: 06015 Dt emissão: 01/07/18	Identidade	1634143 Dt emissão: 01/07/18
PIS/PASEP/NI	1258164944-7	Endereço	R CÍCERO BENTO SOBRINHO
Bairro	JOÃO PAULO II	CEP	58076692
Estado	PB	Município	JOÃO PESSOA
Telefone	8300-0986602747	CBO	517410 - PORTEIRO DE EDIFÍCIOS
Aposentado	Não	Área	Urbana

**Informações do Acidente**

Data do Acidente	16/04/2018	Hora do Acidente	07:00
Horas Trabalhadas	00:00	Tipo	3 - Trânsito
Houve afastamento?	Sim	Reg. Policial	Não
Local do Acidente	3 - Área Pública	Exp. Local	NA BR 236 PROXIMO A CARAJ
CGC da Prestadora	CNPJ -	UF do Acidente	PB
Município do Acidente	JOÃO PESSOA	Último dia	16/04/2018
Parte do Corpo	75.70.10.000 - PERNA (ENTRE O TORNOZELO E A PELVIS)	Trabalhado/Dt Óbito	
Agente Causador	30.30.75.200 - MOTOCICLETA MOTONETA		
Sit. Gerador	20.00.04.300 - IMPACTO DE PESSOA CONTRA OBJETO PA		
Morte	Não	Data Óbito	

*João Pessoa, 05 de junho de 2018*

Local e Data

*Nathalie Rodrigues*

Assinatura e carimbo do emitente

**SEMOG ADMINISTRAÇÃO**  
DE BENS LTDA  
Av. Guarabira, 834  
Mangá - CEP: 58.038-140  
João Pessoa - PB

**Informações do Atestado Médico**

Unidade	COMPLEXO H. MANCABEIR	Data Atend.	16/04/2018
Hora Atend.	08:00	Houve Internação?	Sim
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 060 dia(s)		
Nat. Lesão	70.20.35.000 - FRATURA		
CID - 10	S82.2 - Fratura da diáfise da tíbia		
Observações		CRM	0000007692 - UF: PB

Local e Data

Assinatura(\*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrado em 04/06/2018

\* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao Segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.







VISTO EM: 13/07/18

Comandante do BAPH  
Katty Sabrina do N. Silva

TEM. CEL. QOBM-521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 13 de Julho de 2018.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0289/2018**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 16/04/2018, conforme requerimento nº 0295/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 07h42min o/a Sr.(a) **JOSE ADEILTON ISAIAS**, CPF nº 021.492.934-55 vítima de acidente de (colisão (moto x carro)), ocorrido na Rua Manoel Adeilton da Silva, João Paulo II – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **SARGENTO BM ULISSES DA MOTA SILVA**, Matrícula 520.004-1. Vítima consciente e orientada, com escoriações no membro superior e suspeita de fratura no membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza**- SB BM, Mat. 523.518-9, ( ) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim ( ) pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

INARA Lúcia Marques de Sousa  
BM-Mat. 527.354-4

\_\_\_\_\_  
NIT  
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.  
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: caphbbs@bombeiros.pb.gov.br







## CERTIDÃO

Nº. 0083/2019

Atendendo solicitação de **JOSE ADEILTON ISAIAS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 166423 e Prontuário nº 2018.04.002351 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 16/04/2018 às 14h40min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 21/05/2018 com alta médica dia 22/05/2018.

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

João Pessoa, 29 de janeiro de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





ITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
EXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Ficha Nr: 420552 Atd: Reg  
Data: 16/04/2018  
Horá: 14:40:49  
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER  
Clinica: ORTOPEdia

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

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSE ADEILTON ISAIAS

Num. Prontuario: 2018.04.002351

CNS: 898003969976431 Sexo: M OUTROS: SUS Fone: 988888850

Natural: SAO JOSE DO SABUGI/PB Data Nasc.: 14/05/1975 Id: 42 ano(s)

End.: AVENIDA NO COSTA, 350

Bairro: VARJAO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DAS NEVES ISAIAS

Pai:

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO COM MOTO EM FRENTE AO ASAI

Vitima de violência por: AS 7:30HRS CONDUTOR

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC:

TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso:

Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispineia

Glicemia:

IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Queixa Principal

Observacao

MA EM MIE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente transferido do Hosp de Trauma, vitima de acidente de moto.  
Ao Exame = Neurológico preservado, mecanismo extensor + flexor preservado.  
Ex = Sinal de peroneo fratura em arco do Rodo

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

Dr. Felipe Bezerra  
MEDICO  
CRM-PB 11126







**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

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

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_

Alimentação: \_\_\_\_\_

[ ] HTF

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_

DM \_\_\_\_\_

TB \_\_\_\_\_

NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Altura: \_\_\_\_\_ m

IMC = \_\_\_\_\_

PA = \_\_\_\_\_

mmHg

FC = \_\_\_\_\_

FR = \_\_\_\_\_

TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: consciente e orientado - ECG - 15

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: NDAACV: NDAAR: NDAABD: NDAAGU: NDA

SME: \_\_\_\_\_

SN: função vesicular = preservada

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

1. Sintoma de causa do pulmão esquerdo

Conduta: \_\_\_\_\_

1. Internar para tratamento cirúrgico

Dr. Felipe Bezerra

Médico  
CRM-PB 11126

+ Dr. Karlyne

Rua dos Moura II, João Pessoa - PB.





## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

Ata em DDH sob regime anestésico.  
 Limpeza + Antisséptica  
 Exposição de campos e áreas

**Incisão:**

2 Incisão anterior.  
 Dessecção por planos

**Achados:**

Fratura comminada em deslocamento de tíbia (E) confirmada com imagem.

**Conduta:**

Descompressão anterior da tíbia (E)  
 Passagem de placa por incisão  
 Fixação da placa (2 furacos com  
 3 parafusos corticais distais e 2 proximais)  
 Lavagem Mecânica Cirúrgica com S.O.S.  
 2000-105V  
 Confirmação da sutura com imagem

**Fechamento:**

Sutura + Curativo + tala  
 Genérica

**OBS:**

Dr. Valdean Carvalho Jr.  
 M.R. em Ortopedia  
 CRM/PA 10000

21 MAIO 2018

Dr. Valdean Carvalho Jr.  
 M.R. em Ortopedia  
 CRM/PA 10000

21 MAIO 2018

MEDIC 3/CRM

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





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME : JOSE ADEILTON ISAIAS				PRONTUÁRIO N°	
IDADE : 42A	SEXO: MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.: 08	LEITO: 130
DATA DE ADMISSÃO 16/04/2018		DATA DE ALTA : 22/05/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária de Tibia</i>				CID S82.2	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALTEXINA E AINES.

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.  
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão. (DR. HUMBERTO JANSEN)

22/05/2018

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

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







### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)  
Sr.(a) João Adailton Soares, portador(a) da  
Identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a)  
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 09 horas, portador(a) da  
patologia CID-10 S.82.0, devendo permanecer afastado(a)  
de suas atividades laborativas por um período de 90  
(noventa) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 11/06/18

Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro

Médico

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a)  
Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.







### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)  
Sr.(a) Jose Adulter Teares portador(a) da  
identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a)  
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, portador(a) da  
patologia CID-10 S.82, devendo permanecer afastado(a)  
de suas atividades laborativas por um período de 60  
(Sessenta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 13/08/18

  
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

**Eduardo Paz Lyza**  
Médico  
CRM-PB 11487

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a)  
Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fical José Costa Duarte, S/N, CEP 58050-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.







### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)  
Sr.(a) Jon Adailton Traian portador(a) da  
identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a)  
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 09 horas, portador(a) da  
patologia CID-10 S. 82.0, devendo permanecer afastado(a)  
de suas atividades laborativas por um período de 9.0  
(nove) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 11/06/18

Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro  
Médico

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a)  
Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

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







### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) João Adilson Soares portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, portador(a) da patologia CID-10 S.82, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (sessenta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 13/08/18



Eduardo Paz Lyra  
Médico  
CRM-PB 11487

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB






Rev: 17.09.18.

P.O

9 8660-2747

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL</b>		fls. 1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: <u>União Adulteron</u>					2 - CNES: <u>43000000</u>	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
3 - NOME DO PACIENTE: <u>Jose Adulteron Freitas</u>					4 - Nº DO PRONTUÁRIO:	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):			6 - DATA DE NASCIMENTO:		7 - SEXO: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:			9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:		DDD:	
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):						
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:			12 - COD. IBGE MUNICÍPIO:		13 - UF:	
14 - CEP:						
PROCEDIMENTO SOLICITADO						
15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:			16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: <u>Exat Motora do</u>			17 - QTDE:
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S):						
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:			19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: <u>Membro Inf</u>			20 - QTDE: <u>20 Sec</u>
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:			22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:			23 - QTDE:
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:			25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:			26 - QTDE:
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:			28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:			29 - QTDE:
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:			31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:			32 - QTDE:
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S):						
33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: <u>Amefugo Libis</u>			34 - CID10 PRINCIPAL: <u>S82</u>		35 - CID10 SECUNDÁRIO:	
36 - OBSERVAÇÕES:			<u>Fiz o exame de</u> <u>ADM</u>			
SOLICITAÇÃO						
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <u>Dr. Aurélio de Sá Pinto</u>			39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>17/09/18</u>		40 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): <u>CRM: 9743/PR</u>	
41 - DOCUMENTO: <u>CRM: 9743/PR</u>			42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):			
AUTORIZAÇÃO						
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC):	
46 - DOCUMENTO:			47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC:		51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE:	
52 - CNES:			53 - CNES:			



## RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: \_\_\_\_\_

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que  
foi Adilson Trais encontrado em  
interação com o serviço desde  
dia 16/04/18 devido à patologia  
de Cio SS necessitando de interações  
por tempo indeterminado.

25/05/18

Keilha S. Andrade  
Clínica Médica  
CRM 8719 PB

Assinatura e Carimbo







**RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS**

NOME: JOSÉ NEILSON ISALM

LAUDO:

PACIENTE EM POST-OPER-  
ATÓRIO DE FRATURA  
COMPLEXA DE OSSOS  
EM PERNA (E) EM PRO-  
CESSO DE CONSOLIDAÇÃO,  
NECESSITANDO DE ABS-  
TINÇÃO DE SUAS FUNÇÕES  
POR UM PERÍODO 60  
(SESSENTA) DIAS.

CID: 582

Dr. Umberto Jansen  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5700 - RJ 11309

Assinatura e Carimbo

17  
09  
18





**RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS**

NOME: JOSÉ NOELTON ISAIAS

LAUDO:

PACIENTE EM RS  
DE TRATAMENTO DE FORTUNA  
EM OSSOS DA PERNA E  
CROQUIA CI COEHA +  
DOR, ZIMINHO SUT  
ATIVIDADES LABORAIS.  
SOLICITO MARCAÇÃO  
DO MÉDICO PRETO PI  
AUXÍLIO DO CUA.

CID: S82+  
T83

ASSINADO  
PROFESSOR  
MANGABEIRA  
Assinatura e Carimbo

15  
01  
19







## RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Seclanção

foi Adilton Souza  
com diagnóstico de fratura  
Tibia - CID - 582, está  
realizando seu tratamento  
fisioterapêutico no CENPOR  
(Centro Municipal do PM)  
conforme solicitação médica  
na realização 30 sessões,  
estando na presente data  
na sua primeira  
sessão, apresentando  
deficit de equilíbrio e  
marcha, necessitando  
do auxílio de bengala  
axilar unilateral distal  
Além disto necessita  
de apoio de pé na marcha  
foi Presa 20/03/2019

Wenderson de Alencar  
FISIOTERAPEUTA  
CREFIO: 234710-F





### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)  
Sr.(a) JOSE ADELTON ISAIAS portador(a) da  
identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a)  
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, portador(a) da  
patologia CID-10 S82, devendo permanecer afastado(a)  
de suas atividades laborativas por um período de 60  
sessenta dias, a partir desta data.

João Pessoa, 17-12-18

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a)  
Dr.(ª) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Jose Adilton Isaias  
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ap. Fiscal José Costa Duarte, 381, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.







MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal  
**Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito**



**PRF**



**Acidente nº 18024412B01**

**INFORMAÇÕES GERAIS**

BR: 230

KM: 25,0 - Decrescente

Município: JOAO PESSOA/PB

Data: 16/04/2018

Hora: 07:10

Policial responsável pelo atendimento: CANCIO, matrícula 2196040

**ASPECTOS DO LOCAL**

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Múltipla

Condição da pista: Molhada

Estrutura viária: Reta

Localidade urbanizada: ☒

Acostamento: ☒

Canteiro central: ☒

Condição meteorológica: Chuva

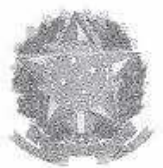
Fase do dia: Pleno dia



Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18024412B01



**PRF**

**V1**



**KLR2452**

**Placa:** KLR2452 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** VW/GOL 1.0/2009

**Renavam:** 00124489907

**Chassi:** 9BWAA05U19P056097

**Tipo de Veículo:** Automóvel

**Espécie/categoria:** Passageiro/Particular

**Manobra no momento do acidente:** Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

**Informações complementares:** Veículo trafegava em velocidade baixa por haver congestionamento no local.

## PROPRIETÁRIO

**Nome:** SEVERINO JOSE COUTINHO

**CPF/CNPJ:** 266.148.634-87

**Endereço:** , RECIFE/PE

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

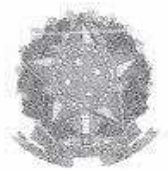


Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018 às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D







MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18024412B01



PRF

V2



QFN9857

Placa: QFN9857 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: YAMAHA/YBR125I FACTOR ED/2016

Renavam: 01092395323

Chassi: 9C6RE2120H0001065

Tipo de Veículo: Motocicleta

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Mudando de faixa

Informações complementares: Veículo trafegava entre os veículos que estavam em local congestionado.

## PROPRIETÁRIO

Nome: JOSE ADEILTON ISAIAS

CPF/CNPJ: 021.492.934-55

Endereço: , JOAO PESSOA/PB

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019 às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E08ECDD9E3796D8E754B6B0C9D.





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18024412B01



**PRF**

**V1**



CONDUTOR

**ARIELLA DE JESUS SILVA**

Placa do veículo: KLR2452

Marca/modelo: VW/GOL 1.0

Envolvimento: Condutor

Nome: ARIELLA DE JESUS SILVA

CPF: 012.908.464-64

Data de nascimento: 12/12/1982

Estado civil: Não Informado

Sexo: Feminino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim Usava capacete: NÃO

### DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional Categoria: B Data primeira habilitação: 01/02/2001

Nº de registro: 0164338627 UF: PB Data de vencimento da habilitação: 26/08/2020

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

### ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não Resultado: 0

Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

### DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA MARTINIANO RODRIGUES RAMALHO, 115, FUNCIONARIOS II, JOAO PESSOA/PB

Telefone/email: (83) 98863-9530/ariella.jesus@gmail.com



Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019 às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D







Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18024412B01**



**PRF**

**V2**



CONDUTOR

**JOSE ADEILTON ISAIAS**

**Placa do veículo:** QFN9857

**Marca/modelo:** YAMAHA/YBR125I FACTOR ED

**Envolvimento:** Condutor/Proprietário

**Nome:** JOSE ADEILTON ISAIAS

**CPF:** 021.492.934-55

**Data de nascimento:** 14/05/1975

**Estado civil:** Não Informado

**Sexo:** Masculino

**Estado físico:** Lesões Graves

**Usava cinto de segurança:** NÃO **Usava capacete:** Sim

**Informações complementares:** Veículo liberado para o irmão da vítima, o Sr. Edivaldo José isaias, CPF 035.713.384-64

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Habilitação Nacional

**Categoria:** AB **Data primeira habilitação:** 01/02/2001

**Nº de registro:** 0164339142 **UF:** PB

**Data de vencimento da habilitação:** 07/07/2021

**Motorista Profissional:** Não

**Observações CNH:** 99

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Sim

**Condutor se recusou a realizar o teste:** Não **Resultado:** 0,17

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não

**Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** RUA JOSE GOMES DA SILVEIRA, 46, CRISTO REDENTOR, JOAO PESSOA/PB

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2019 às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18024412B01



**PRF**



## Imagens Complementares

### Informações Gerais



IMAGEM COMPLEMENTAR 01



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CÂNCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E75486B0C9D

191







MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18024412B01



PRF

Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
20	Assolho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

Total geral (SIM + NA): 0

Dimensão da monta: Pequena

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / YAMAHA/YBR125I FACTOR ED

Placa: QFN9857

Nº BOAT: 18024412B01

Nome do agente: CANCIO

Data: 16/04/2018

Matrícula do agente: 2196040

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

Total geral (SIM + NA): 0

Dimensão da monta: Pequena

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por CANCIO, matrícula 2196040, Policial Rodoviário Federal, em 18/04/2018, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando protocolo 18024412B01 e o número de controle 9E75E0BECDD9E3796D8E754B6B0C9D

