

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional
6ª Delegacia Seccional
Delegacia da Comarca de Conde/PB



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



**BOLETIM DE Ocorrência
Nº: 1313/2017**

Aos (11) de Outubro de 2017, nesta cidade, na delegacia do Conde -PB, onde presente encontrava o(a) Exmo(a) **FRANCISCO MARINHO DE MELO**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão AD HOC de seu cargo, por volta das 09h32min;

COMUNICANTE: MARIA APARECIDA DOS SANTOS VALENTINO
CPF: 029.132.134-80 **RG:** 2.055.890 SSDS/PB
NACIONALIDADE: Brasileira **NATURALIDADE:** Araruna/PB
ESTADO CIVIL: casada
DATA DE NASCIMENTO: 06/03/1978 **Profissão:** Auxiliar de Cozinha
FILIAÇÃO: Manoel Taveira dos Santos Filho e Creuza Lucas de Melo Santos
ENDEREÇO: Rua Margarida Alves Félix, Nº 377/A, Jardim Recreio, Conde/PB
TELEFONE: 83 9 86334683

OCORRÊNCIA: Afirma a **NOTICIANTE** QUE na data de 25/11/2016, por volta das 18:50h estava descendo do ônibus, na localidade da Pousada do Conde, próximo ao posto de gasolina, quando decidiu atravessar a BR 101 no KM 96. Que, ao chegar ao meio da pista de rolamento foi atropelada por um veículo não identificado. Que a noticiante foi atendida pelo SAMU e encaminhada ao Complexo Hospitalar Tarcício Burity (Ortopedia de Mangabeira). Que a noticiante deu entrada às 19h56 min no hospital supracitado na data de 25/11/2016, apresentando trauma no antebraço esquerdo e após ser submetida a procedimento cirúrgico teve alta realizada no dia 03/12/2016. **Que Ciente das sanções Cíveis e criminais as quais estará sujeito quanto aqui declarou não porte estritamente a verdade. Era o que tinha a Registrar.**

Conde, 11 de outubro de 2017.

Notificante: Maria Aparecida dos Santos Valentino

Policial
Registrador: _____

Gisely Sabino Silva
Agente de Investigação
Mat.: 183.920-8

Avenida Presidente Epitácio Pessoa, 156, Conde/PB, FONE: (83) 32982265
www.policiacivil.pb.gov.br





CERTIDÃO


Nº. 0761/2017

Atendendo solicitação de ROSÂNGELA XAVIER DO NASCIMENTO 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 908251 e Prontuário Nº 2016.11.002435 pertencentes a **MARIA APARECIDA DOS SANTOS VALENTINO** que foi atendida dia 25/11/2016 às 19h56min, vítima de atropelamento por carro, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos do antebraço esquerdo. Procedimento cirúrgico realizado no dia 02/12/2016. Alta dia 03/12/2016.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 12 de Junho de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





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 708/095, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1513189, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MARIA APARECIDA DOS SANTOS VALENTINO** idade 38 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Atropelamento p/ carro) no dia 25/11/2016, na BR 101 km 96, Bairro: rodovia - Conde - aproximadamente às 18:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 01 de Setembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico

SAMU 192 JP

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



CREUSA LUCAS MELO SANTOS
RUA MARGARIDA ALVES FELIX, 377/A JD RECREIO
CONDE/PB CEP 58322000 (AG-1)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA MONOFASICO Br 230, Km 55, Condição de Acesso:
Roteiro: 14 - 21 - 605 - 6100 Referência: 8
Nº medidor: 000012254008

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Pessoa/PB - CEP 58071-080
Nº 140 - Insc Est 16.015.822-0

Id. Elétrica Nº001.041.935
Tomática: 00012254008

energisa.com.br

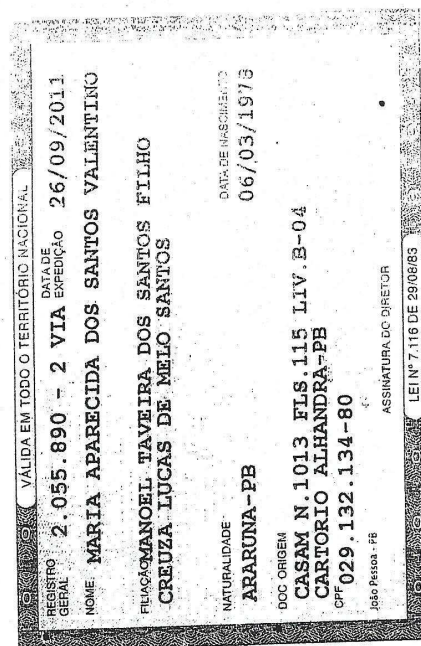
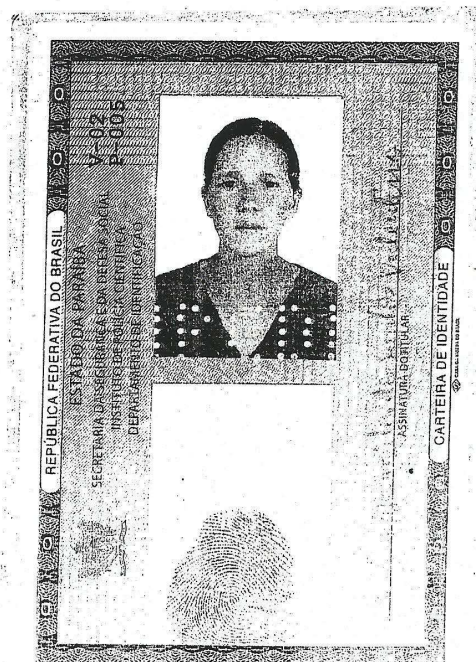
5400-9

25/10/2016

CPF/ CNPJ/ RANI		Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias					
30203511115		Data	Leitura	Data	Leitura								
Insc. Est.		24/09/16	7513	26/09/16	7597	1	84	33					
Faturas em atraso		Demonstrativo											
FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 21/09/2016 PAGAS OBRIGADO!		Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)								
		Consumo até 30kWh-BR	30	0,15008	4,50								
		Consumo - 31 a 100kWh-BR	54	0,26729	13,99								
		Subsidio			18,42								
		ICMS			12,91								
		PIS			0,34								
		COFINS			1,58								
		LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
		CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			9,89								
		JUROS DE MORA 08/2016			0,04								
		MULTA 08/2016			0,45								
		Devolução Subsidio			-18,42								
Histórico de Consumo (kWh)													
Ago/16	83												
Jul/16	57												
Jun/16	49												
Mai/16	49												
Abr/16	65												
Mar/16	82												
Fev/16	59												
Jan/16	58												
Dez/15	52												
Nov/15	50												
Out/15	52												
Set/16	91												
Média dos últimos meses													
55 kWh													
		BASE DE CÁLCULO		ALÍQUOTA		VALOR (R\$)							
ICMS		51,85		25,00		12,91							
PIS		51,85		0,6696		0,34							
COFINS		51,85		3,0741		1,58							
VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR											
03/10/2016		R\$ 43,40											

c297.43db.19bf fe59.2a39.61dc.f4c4.0dd7.







FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Maria Aparecida dos Santos</u>		Data da Admissão: <u>25.11.16</u>	
Prontuário: _____	Idade: <u>38</u>	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F (<input checked="" type="checkbox"/>) M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: _____	
JPD: _____			
HDA: <u>Entrada de novos de ambulância</u> <u>Paciente vítima de acidente automobilístico (atropelamento)</u> <u>comiciente, orientado, sem perda de consciência, apresentando fratura</u> <u>fechada de ulna e rádio do MMS Esquerdo.</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
[] <u>eral</u> : []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 []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume			
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria			
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____			
SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposu []Deformidades			
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos			
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____			
[]Amnésia []Libido []Humor _____			

Dr. José Rodriguez Zomila
Cirurgia do Joelho
CRM - 9390



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA APARECIDA DOS SANTOS VALENTINO**

Nº Sinistro: **3170583341**

Vítima: **MARIA APARECIDA DOS SANTOS VALENTINO**

Data do Acidente: **25/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ROSANGELO XAVIER DO NASCIMENTO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170583341**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **25/11/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00621/00622 - carta_04 - INVALIDEZ



00000311

Carta nº 12163288

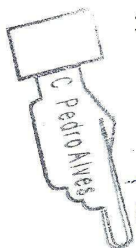


PROCURAÇÃO "AD - JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Maria Aparecida dos Santos Valentino, brasileira,
casada, Auxiliar de Cozinha, residente a Rua Margarida
Alves, Felix, nº 377/A - Jardim Recreio- Conde - PB;
RG nº 2.055.890-5/SSDS/PB; CPF nº 029.132.134-80

Pelo presente instrumento de procuração ao final assinado, nomeia e constitui seu bastante procurador os bacharéis MAILTON BEZERRA DE FARIAS OAB/PB 19312, ROSANGELO XAVIER DO NASCIMENTO OAB. 15.877/PE, com escritório na Rua Maciel Pinheiro, 405, 1º andar, varadouro, João Pessoa-PB, a quem confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com a cláusula "ad - judicia" et extra a fim de que agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e os direitos do outorgante perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente e defendendo-a quando for ré, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber qualquer valor e dar quitação, inclusive alvarás, confessar, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe(s) convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

DECLARAÇÃO : O (a)(s) outorgante declara (m) para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes á presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seu advogado o outorgado acima nomeado, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei nº 1060 de 1950 e da Lei nº 7,115/83.



João Pessoa, 23 / 11 / 2017



X ASS Maria Aparecida dos Santos Valentino

outorgante





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Maria Aparecida da Silva</u>		Registro: _____	
Idade: _____	Sexo: _____	Cor: _____	Clinica: _____
EMP: _____	LR: _____		
Data: <u>02/12/16</u>	Cirurgião: <u>Dr. Douglas</u>	1º Assistente: <u>Dr. Roberto</u>	
2º Assistente: <u>Dr. Roberto</u>	3º Assistente: _____	Instrumentador: _____	
Anestesista: _____	Tipo Anestesia: _____	Horário: I: _____ T: _____	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID	
<u>Fratura de corpo de antebraço (E)</u>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	
<u>Obs: O braço tratado de TN (E)</u>			
<u>Seletivo do tratamento cirúrgico.</u>			
<u>Tratamento do antebraço (E)</u>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO	
<u>Tratamento cirúrgico</u>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não		Descreva: _____	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em decúbito dorsal
- ② Sob omeleta
- ③ A 25 cm do umbigo e 15 cm do lado direito e 15 cm do lado esquerdo

Incisão:

- ③ Incisão de Doyne e incisão para a ulna

Achados:

- ④ O cistostoma encontra-se na parede da pleura do lado direito

Conduta:

- ⑤ Desfibrando a parede
- ⑥ O cistostoma é resecado
- ⑦ Curativos e gesso hernário
- ⑧ O cistostoma é removido e o TME é removido e o cistostoma é removido

Fechamento:

OBS:

Dr. Túlio Carvalho
M. dia

Dr.

Dr. Túlio Carvalho
M. dia

Dr. Túlio Carvalho
M. dia

Dr. Túlio Carvalho
M. dia
CRM-PB 0001

Data:

02/12/14

MÉDICO/CRM

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



Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Cite-se com as cautelas legais.

Diligências necessárias.

Cumpra-se.

DATADO E ASSINADO:



Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Cite-se com as cautelas legais.

Diligências necessárias.

Cumpra-se.

DATADO E ASSINADO:

