



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLOGICA LEGAL

C: 642915

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 01/10/2015; Hora do Exame: 11h00min.

Órgão Requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos. nº da Solicitação: 231/2015; Autoridade Solicitante: Francisco Deusdedit Leitão Filho. Nome: **EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL**, 51anos, sexo: Feminino; Raça/cor: parda; filha de: Expedito Francelino de Oliveira e de: Francisca evangelista de Freitas, Estado civil: Casada. Nacionalidade: brasileira. Natural de: Mossoró/PB. Profissão: Educador Físico.

HISTÓRICO: Relata a pericianda que foi vítima de acidente de motocicleta no dia 29/06/2015 por volta das 21h45min; fato ocorrido no cruzamento das avenidas Nego com Silveira Lopes, no bairro de Tambaú, nesta cidade de João Pessoa/PB.

DESCRIÇÃO: A pericianda apresenta duas cicatrizes normotróficas, hiperemias, localizadas em faces lateral e medial da perna direita (terço superior), medindo cada uma delas 12 cm; observa-se limite de flexão do joelho direito em 45º e encontra-se deambulando com apoio de duas muletas axilares sem apoiar o pé direito no chão. Evidencia-se ainda, edema em face dorsal da mão esquerda (4º e 5º metacarpos), com limite de flexão do 5º dedo desta mão; pequenas cicatrizes hipercrônicas em joelhos bilateralmente. Consta Laudo Médico datado de 25/09/2015, emitido pelo Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, com data de atendimento em 29/06/2015, diagnóstico TCE leve (traumatismo crânioencefálico), fratura do 5º metacarpo esquerdo e fratura da extremidade proximal da tibia direita. CID -10 S00.9 + S62.3+S82.1. Foi submetida a tratamento cirúrgico da fratura da perna direita.

QUESITOS:

- 1º Há ferimento ou ofensa física? SIM.
2º Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
3º Houve perigo de vida? NÃO
4º Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? PODE RESULTAR. RETORNAR PARA EXAME COMPLEMENTAR APÓS 120 DIAS, PORTANDO ATESTADO DE MÉDICO ORTOPEDISTA.
5º Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, DEVIDO A FRATURA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.
6º Provocou aceleração de parto? NÃO.
7º Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
8º Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
9º Resultou deformidade permanente? AGUARDAR EXAME COMPLEMENTAR.
10º Provocou aborto? PREJUDICADO.

Dra. Silvana Maria Gomes de M. Linhares
Perito Oficial Médico-Legal
Mat: 157.393-4 CRM 4713/PB



Rua Fernandes Luís Henrique dos Santos, 29 - Jardim das Flores
Itajaí - SC - CEP: 88021-000 - Fone: (47) 3222-0800
e-mail: seminariodohorizonte@uol.com.br - www.seminariodohorizonte.com.br

MBM Seguradora S/A
05 OUT 2018
DPVAT

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original que se foi apresentado. Em testemunho da verdade.
Joao Pessoa-F9 13/11/2013 15:37:21
Josivando Carlos - Escrevente
[2015-135030] ENR:R\$ 1,49 FARPEN:R\$ 0,23 FEPJ:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,10
SELO DIGITAL: AC183964-TKFL
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367096/18

Vítima: EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL

CPF: 335.897.204-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/06/2015

Titular do CPF: EDILEIDE FRANCELINO
DE FREITAS CABRAL

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

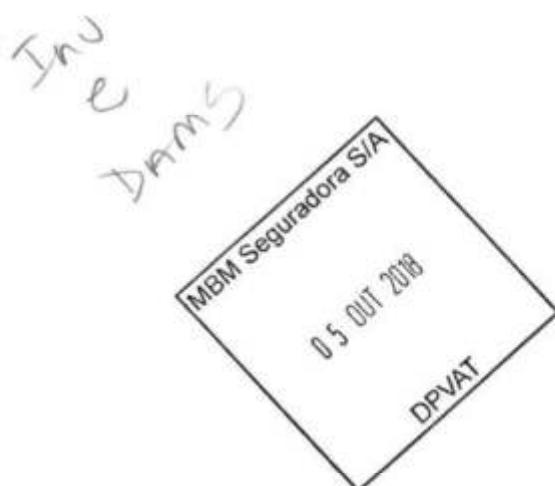
Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

ROBERTA ONOFRE RAMOS : 045.914.204-69

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL : 335.897.204-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/10/2018
Nome: EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL
CPF: 335.897.204-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018
Nome: Paula Kiane Pereira de Medeiros
CPF: 033.543.630-70

EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL

Paula Kiane Pereira de Medeiros



O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

AVISO DE SINISTRO DPVAT

Tipo de Sinistro - Morte () Invalidez () DAMS () - Seguradora : **MBM - 6084**

Valor da Indenização - R\$: _____

Vítima : Edileide FRANCÉZIMA da F. CABRAL **Nascimento** 14/07/1964

CPF: 335 897 204 / 68

Reclamante - Vítima () Beneficiário () Procurador ()

Beneficiário: _____ **CPF/CGC** _____ / _____

Endereço: _____ **Bairro:** _____

Cidade: _____ **Estado:** _____ **CEP:** _____ **TEL: ()** _____

Procurador: ROBERTA ONOFRE RAMOS **CPF/CGC:** 045 934 204 / 69

Endereço: Av. ALMIRANTE BARROSO, 600 **Bairro:** CENTRO

Cidade: JOÃO PESSOA **Estado:** PB **CEP:** 58013-323 **TEL: ()** 9 96825221

Dados da Ocorrência **Data do Sinistro /Fato:** 29 /06 /2015

Data do Boletim /Registro: 29/09/2015 **Estado da ocorrência:** PB

Veíc. Identificado	Placa	Tipo de Veículo
() sim () não	<u>NPV-8555</u>	<u>CAMINHONETA</u>

Vítima:

- 1 - Transportado ()
- 2 - Não transportado ()
- 3 - Motorista (x)

OGF - 3646

MOTOCICLETA

Complemento de Processo () Envio de Processo Novo ()

Número do Processo:

JOÃO PESSOA / 10/09/2015

Local / Data

Edilide Francélia da F. Cabral

Assinatura

MBM Seguradora S/A

05 OUT 2018

mbm

Seguro de Previdência

28/09/18



O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA

Profissão: PROFESSORA

Identidade: 1871803 SSP/PB CPF: 335 897 204-68

Endereço: R MARIA DA GLÓRIA GOUVÉA DE VASCONCELOS, 114, apt, JARDIM OCEANIA,
JOÃO PESSOA - PB, 58037-313

OUTORGADO:

Nome: ROBERTA ONDRE RAMOS

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA

Profissão: ADVOGADA

Identidade: 26 70 826 CPF: 045. 934 204-69

Endereço: AV ALMIRANTE BARROSO, 600, CENTRO, JOÃO PESSOA | PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a MBM SEGURADORA, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da

vítima EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL

Local e Data: João Pessoa | PB, 30 DE SETEMBRO DE 2018

Decarlinto
10º Ofício

Edileide Francelino de Freitas Cabral.

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Decarlinto
Serviço de
Assistência
à Cidadania

Rua Fernandes Lúcio Mendes dos Santos, 75 – Centro
João Pessoa – PB – CEP: 58010-000 – Fone: (83) 3222-1000
www.decarlinto.com.br
decarlinto@decarlinto.com.br

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de(s) EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL e(s) ROBERTA ONDRE RAMOS, no endereço AV ALMIRANTE BARROSO, 600, CENTRO, JOÃO PESSOA | PB, no dia 12/09/2018 14:56:23.

En test. da verdade, João Pessoa-PB 12/09/2018 14:56:23

Josivando Carlos - Escrivente

(2010-070831)EROL:RA 49.48 FARREN:RA 0.38 FEPJ:RF 1.90 ISS:RA 0.17
SELO DIGITAL: AHL79830-E914

Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367096/18

Vítima: EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL

CPF: 335.897.204-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/06/2015

Titular do CPF: EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

ROBERTA ONOFRE RAMOS : 045.914.204-69

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL : 335.897.204-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/10/2018
Nome: EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL
CPF: 335.897.204-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018
Nome: Paula Kiane Pereira de Medeiros
CPF: 033.543.630-70

EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL

Paula Kiane Pereira de Medeiros



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA



DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL

DATA DE NASCIMENTO 17/04/64

NOME DA MÃE FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 848.051

Nº PRONTUÁRIO 88.842

DATA DO ATENDIMENTO 29/06/2015

HORA DO ATENDIMENTO 21:56

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FRATURA DO 5º METACARPIANO E + FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA D

CID 10 S 00.9 + S 62.3 + S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazida pelo SAMU, apresentando perda de consciência pós trauma e dor no joelho D e punho E. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

TC do joelho D

RX do punho E - AP e P

RX do joelho D - AP e P

RX da perna D - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da tíbia proximal D à TC de joelho e ao RX + fratura do 5º metacarpiano E ao RX. Sem alterações à TC de crânio e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento conservador pela equipe da Neurocirurgia + cirúrgico e conservador das fraturas pelo Dr. Roberto Almeida da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 09/07/15

DATA DA EMISSÃO: 25/09/2015 (Retificado em 25/09/2015)

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



Rua Fernandes Lutz, Parnamirim, Rio Grande, 25 - Jardim Oceania
João Pessoa - PB - CEP: 58027-020 - Fone: (83) 3288-8605
www.decarlinto.com.br

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se foi
apresentado. Em testemunho de verdade.
João Pessoa-PB 29/09/2015 09:51:27
Dillon Barbosa de Oliveira - Escrivão
(2015-117539) ENLIG: 1,74 FADEFER: 0,23 FEPFIRE: 0,06 ISS-RS: 0,10
SELV DIGITAL: MAZ7508-1SLc
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria da Administração
Gerência Central de Perícia Médica

Perícia Médica

Código da Licença: 59.048

Região de Perícia: REGIAO - JOAO PESSOA

Licença: Prorrogação Licença

Matrícula: 898651 SEC. EST. EDUCACAO

Nome: EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL

**Comunicamos a Vossa Senhoria que seu pedido foi deferido
conforme os dados abaixo:**

Quantidade de Dias: 60 SESSENTA

Data Início: 28/08/2015

Retorno ao Trabalho: 27/10/2015

Data: 08/09/2015

Dr. Francisco de Paes G. X. Carvalho
08/09/2015
Médico Perito

MBM Seguradora S/A
05 OUT 2018
DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria da Administração
Gerência Central de Perícia Médica

Perícia Médica

Código da Licença: 61.163

Região de Perícia: REGIAO - JOAO PESSOA

Licença: Prorrogação Licença

Matrícula: 898651 SEC EST EDUCAÇÃO

Nome: EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL

**Comunicamos a Vossa Senhoria que seu pedido foi deferido
conforme os dados abaixo:**

Quantidade de Dias: 30 TRINTA

Data Início: 27/10/2015

Retorno ao Trabalho: 26/11/2015

Data: 10/11/2015

Dr. Flávio Cirne
Perito
de Per.
Região
Geral, Reg. de Per.
1800
Médico Perito





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA



GOVERNO
DA PARAÍBA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido
do(a) Sr.(a) Edileide F. de F. Cabral
portador(a) da identidade RG —,
que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia
de hoje, às 08:50 horas, portador(a) da
patologia CID-10 S82.1, devendo
permanecer afastado(a) de suas atividades labo-
rativas por um período de 30 (trinta)
dias, a partir desta data.

João Pessoa, 23/10/15

Dr. Gustavo Farias Mendonça

Assinatura e Marcação do Médico(a)

033.006786 CRM 6786/PE

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª Via Paciente - 2ª Via Anexa ao Prontuário de Atendimento

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Av Crestes Lisboa, s/n - CEP: 58.031-000 Corj. Pedro Gondim



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN HUMBERTO LUCENA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido
o(a) Sr.(a) Edilene de F. de F. Cabe
portador(a) da identidade RG _____
ue o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia
e hoje, às 10:00 horas, portador(a) da patologia
CID-10 _____, devendo permanecer
fastiado(a) de suas atividades laborativas por um
período de 60 (sessenta) dias, a partir
esta data.

João Pessoa, 28/08/15
Dr. Gustavo F. Mendonça
Ortopedia / Cir. Quadril
CRM-PB 588 / TECI 13240

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

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO
LUCENA

Ax: Orenes Lisboa, s/n - CEP 58031 - 090 - Conj. Pedro Gondim

AGENDADO

01/09/15

Chegar das 08h até às 10h

TRAZER:

- Formulário (devidamente assinado e carimbado)
- Atestado Original
- Contra cheque (atualizado)
- Cópia do RG

Contato : (83) 3211-6057/3211-6055



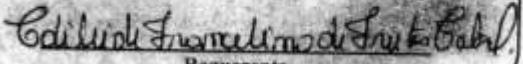


GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO
DIRETORIA DE RECURSOS HUMANOS

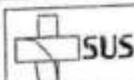
REQUERIMENTO DE LICENÇA

Nº _____

Exmo. Sr. Secretário da Administração

1. REQUERENTE	1.1	Nome	1.2	Matrícula
	EDILEIDE FRANCELINO DE FRESTAS CABRAL			898651
	1.3	Lotação	1.4	Cargo
	SECRETARIA DA EDUCAÇÃO			
	1.5	Local de exercício	1.6	Classificação funcional
	1.7	Endereço p/ correspondência	1.8	Telefone
	Rua Comtona Maria da Glória G. Vasconcelos, 114 Aptº 102			(83) 988522279/99628845
	1.9	CEP 58.037-313 306 PES-08/PB		
<input type="checkbox"/> Licença p/ tratamento de saúde <input type="checkbox"/> Licença gestante		<input type="checkbox"/> Licença p/ motivo de doença em pessoa da família <input checked="" type="checkbox"/> Prorrogação		
Em: _____				
 Requerente				
2. CHEFE	2.1	Compareça à inspeção de saúde na		
		<input type="checkbox"/> Gerência Central de Perícia Médica <input type="checkbox"/> Gerência Regional de Perícia Médica		Região
Em: _____				Chefe imediato
3. PERÍCIA MÉDICA	3.1			
	3.2	Documento de identificação apresentado	3.3	Data de nascimento
4. SEC. ADMINISTRAÇÃO	4.1	Lei complementar 58 de 30.12.2003	4.2	
	<input type="checkbox"/> O pedido não se enquadra no Art. 177 <input type="checkbox"/> O pedido se enquadra no Art. 177 <input type="checkbox"/> O pedido se enquadra no Art. 84 § 1º e... <input type="checkbox"/> O pedido se enquadra no Art. 181	<input type="checkbox"/> DEFERIDO <input type="checkbox"/> INDEFERIDO		
NCDV. Funcionário		Dir. de Recursos Humanos		





Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO PACIENTE

Edile de Fran celino de f. cabral

4 - N.º DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

Masc.

Fem.

8 - RACA/COR

9 - NOME DA MÃE

7 - SEXO

8 - RACA/COR

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

7 - SEXO

8 - RACA/COR

13 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)

7 - SEXO

8 - RACA/COR

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

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

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA PÓ(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37-CID10 PRINCIPAL 38-CID10 SECUNDÁRIO 39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura platô + bôl d

40 - OBSERVAÇÕES

- gesso de ATM
- Não liberando carga
em AID

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Gustavo F. Mendonça
Ortopedia / Cir. Quadril

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/08/15

45 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Gustavo F. Mendonça
Ortopedia / Cir. Quadril
CRM-PB 67897 TECR 13740

43 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PÉRIODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Decarlinto
Saúde com a gente

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se faz apresentado. Em testemunha da verdade.
João Pessoa-PB 29/08/2015 09:51:29
Gillian Barbosa de Oliveira - Execrente
CNPJ: 11.754.117/0001-99 Fone: (83) 3237-0719 CEP: 50.000-000
Data Digital: 29/08/2015
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Rua Fernandes Lira, 100 - Centro - 50.000-000 - João Pessoa - PB
Fone: (83) 3237-0719





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Receituário Médico

105

MEETSHL

Paciente: Edileide Fragulino de
Freitas Cabral

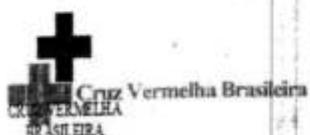
Sobrto capa do
portfólio de paciente
superior

Data: 25/09/15

Item 686

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, nr.º CNEC: 123312 - Tel.:

Número da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 868352

Identificação do paciente				Data e Hora Prevista 25/09/2015 08:18:04
ID 912179	Nome EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL			Sexo Feminino
Data de nascimento 17/04/1964	Idade 51 Ano(s)	Estado civil CASADO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 88842
Mãe FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS		Pai ESPEDITO FRANCELINO DE OLIVEIRA		
Escolaridade MÉDIO COMPLETO		Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988170449		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO		Número documento	Cross	Nº Cns 705003660838859
Endereço				
CEP 58037313	Município de residência JOAÇ PESSOA	Logradouro CANTORA MARIA DA GLÓRIA GOUVEIA DE VASCONCELOS		
Número 114	Complemento APT 102	Bairro JARDIM OCEANIA		
Atendido por LUAN WHENDELL DE SOUSA CANDIDO			Número da pulseira 4125647	
Motivo do atendimento RETORNO - ORTOPEDIA				
QUEIXA PRINCIPAL:				
H.D.A: <i>pp, fratura plato tibia e (76 dias)</i> <i>+ fratura 5º mrc e</i>				
EXAME FÍSICO: <i>fo de bo aspecto</i>				
EXAMES COMPLEMENTARES: <i>rt</i>				
DIAGNÓSTICO: <i>fratura carolide de</i>				
CID: _____				
CONDUTA: <i>Orientações / Exames</i> <i>censo parcial</i>				



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Ficha de Atendimento Ambulatorial

HEE TSHL

PRESCRIÇÃO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

ANOTAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL:

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

PROCEDIMENTOS: Curativo Pequeno Médio Grande

Tipóia Grande MJ Aparelho Gessado: _____

Tala Gessada: _____ Velpeu em Crepom

Retirada de Pontos Tala Metálica Outros: _____

EXAME RADIOGRÁFICO:

Local: _____ Lado do Corpo: Direito Esquerdo

Incidência: Antero - Posterior Postero - Anterior Perfil Especial

Assinatura e Carimbo: _____

DESTINO DO PACIENTE:

Residência Enfermaria Observação

Óbito Retorno Ambulatorial Alta Ambulatorial

Data de Retorno: _____

Assinatura do Médico e Carimbo: _____

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Cruz Vermelha Brasileira
CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Hospital Estadual de Emergência e Trauma

ACOLHIMENTO, 0 - - CNES: 123312 - Tel.:



HEETSHL

Número da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 861686



Identificação do paciente				Data e Hora Prevista: 28/08/2015 08:25:23
ID 912179	Nome EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL			Sexo Feminino
Data de nascimento 17/04/1964	Idade 51 Ano(s)	Estado civil CASADO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 88842
Mãe FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS				Pal ESPEDITO FRANCELINO DE OLIVEIRA
Escolaridade MÉDIO COMPLETO				Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988170449	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Cross	Nº Cns 705003660838859	
Endereço				
CEP 58037313	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Cantora Maria da Glória Gouveia de Vasconcelos		
Número 114	Complemento APT 102	Bairro Jardim Oceania		
Atendido por ROSANGELA MARIA LUCENA DE OLIVEIRA			Número da pulseira 383253	
Motivo do atendimento RETORNO - ORTOPEDIA				

QUEIXA PRINCIPAL: *50º DPO* *fratura placa tibial*
direito + fratura 5º mto

H.D.A: _____

EXAME FÍSICO: *FO de bon aspecto*

EXAMES COMPLEMENTARES: *Rt*

DIAGNÓSTICO: *fratura em consolidação*

CID: _____

CONDUTA: *ambulatório / retorno*



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Ficha de Atendimento Ambulatorial

HEETSHL

PREScriÇÃO: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

Assinatura e Carimbo da Enfermagem: _____

ANOTAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL: _____

Assinatura e Carimbo da Enfermagem: _____

PROCEDIMENTOS: Curativo Pequeno Médio Grande

Tipóia Grande MJ Aparelho Gessado: _____

Tala Gessada: _____ Velpu em Crepom

Retirada de Pontos Tala Metálica Outros: _____

EXAME RADIOGRÁFICO:

Local: _____ Lado do Corpo: Direito Esquerdo

Incidência: Antero - Posterior Postero - Anterior Perfil Especial

Assinatura e Carimbo: _____

DESTINO DO PACIENTE:

Residência Enfermaria Observação

Óbito Retorno Ambulatorial Alta Ambulatorial

Data de Retorno: _____ - _____ - _____

Assinatura do Médico e Carimbo: _____

REQUISIÇÃO DE EXAMES



REQUISIÇÃO DE EXAMES

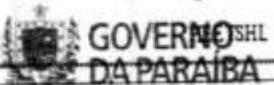
B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: <i>Edileide Francelino</i>				IDADE:	DATA: <i>28/08</i>
SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	COR: <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENFERMEIRO:
DADOS CLÍNICOS:					
<i>Rx māe e AP 10</i> <i>et joelhos direito AP 10</i>					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS:					
<i>[Handwritten signature]</i> Dr. Gustavo F. Mendonça Ortopedia / Cir. Quadri CRM-PB 5796 / TECIT 13240 <hr/> CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO					

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA
Cruz Vermelha Brasileira

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

INTERNO, S/N - CNES: 454548 - Tel.:

Número da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 855164



Identificação do paciente				Data e Hora Prevista 31/07/2015 16:17:36
ID 912179	Nome EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL			Sexo Feminino
Data de nascimento 17/04/1964	Idade 51 Ano(s)	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 88842
Mãe FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS				Pai ESPEDITO FRANCELINO DE OLIVEIRA
Escolaridade MÉDIO COMPLETO				Responsável (Parentesco) - Q. MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988170449		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO		Número documento	Cross	Nº Cns 705003660838859

Endereço

CEP 58037313	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Cantora Maria da Glória Gouveia de Vasconcelos
Número 114	Complemento APT 102	Bairro Jardim Oceania
Atendido por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA		Número da pulseira 3572961

Motivo do atendimento
RETORNO - ORTOPEDIA**Imprimir****QUEIXA PRINCIPAL:**H.D.A.: PO (23 d^{os}) fratura plato fib. l.

EXAME FÍSICO: FO de bon aspecto

EXAMES COMPLEMENTARES: RX

DIAGNÓSTICO: Fratura plato tibial em
cavalo deixa CID: - - -

CONDUTA: Orientações / Retirar peros



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Ficha de Atendimento Ambulatorial

HEETSHL

PRESCRIÇÃO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: 31.07.15 Realizado Met de Pontos + curativos MSE.

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

ANOTACÕES DO SERVICO SOCIAL:

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

PROCEDIMENTOS: () Curativo () Pequeno () Médio () Grande

() Tipóia Grande () MJ () Aparelho Gessado:

Tala Gessada: Velpeu em Crepom

() Retirada de Pontos () Tala Metálica () Outros:

EXAME RADIOGRÁFICO:

Local: _____ Lado do Corpo: () Direito () Esquerdo

Incidência: () Antero – Posterior () Postero – Anterior () Perfil () Especial

Assinatura e Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Enfermaria () Observação

() Óbito () Retorno Ambulatorial () Alta Ambulatorial

Data de Retorno: _____

Assinatura do Médico e Carimbo:

+ Edilice Familiense de Fruiz Gabriel.

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA
Cruz Vermelha Brasileira

Ficha de Atendimento Ambulatorial

GOVERNO
ESTADUAL
DA PARAÍBAHospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Ficha de Atendimento Ambulatorial

INTERNO, S/N - CNES: 454548 - Tel.:

Número da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 853863



Identificação do paciente

Data e Hora Prevista
24/07/2015 17:20:59

ID 912179	Nome EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL			Data e Hora Prevista 24/07/2015 17:20:59
Data de nascimento 17/04/1964	Idade 51 Ano(s)	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 88842
Mãe FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS				Pai ESPEDITO FRANCELINO DE OLIVEIRA
Escolaridade MÉDIO COMPLETO				Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988170449	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Cross		Nº Cns 705003660838859

Endereço

CEP 58037313	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Cantora Maria da Glória Gouveia de Vasconcelos
Número 114	Complemento APT 102	Bairro Jardim Oceania
Atendido por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA		Número da pulseira 2937426

Motivo do atendimento
RETORNO - ORTOPEDIA[Imprimir](#)

QUEIXA PRINCIPAL:

H.D.A: PO 2 semanas. Dor intensa de Plata Tibial (E). +
Fratura do reb 5ºmtc (F)

EXAME FÍSICO: TM seca, m flgyr

EXAMES COMPLEMENTARES: Rx mri- fractura 5ºmtc com
desv. rotuliano

DIAGNÓSTICO: Orienta fratura do reb 5ºmtc, juntim a fer
se nega a inten p/ cirurgia. CID: ..

CONDUTA: ① Reb 31/05.

O reb se sente aliviado

Dr. João Henrique Ramalho
Ortopedia
Arthroscopia do Ombro
CRM 7149 TEOT 13274



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Ficha de Atendimento Ambulatorial



MINISTÉRIO
DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: 24/07/15

Curativo simples + retirada de pontos
porosel.

~~Ana Cláudia de Souza~~
~~Tet. Enfermagem~~
~~COSEN. PB 431896~~

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

ANOTAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL:

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

PROCEDIMENTOS: Curativo Pequeno Médio Grande

Tipóia Grande MJ Aparelho Gessado:

Tala Gessada: _____ Velpue em Crepom

Retirada de Pontos Tala Metálica Outros: _____

EXAME RADIOGRÁFICO:

Local: _____ Lado do Corpo: Direito Esquerdo

Incidência: Antero - Posterior Postero - Anterior Perfil Especial

Assinatura e Carimbo: _____

DESTINO DO PACIENTE:

Residência Enfermaria Observação

Óbito Retorno Ambulatorial Alta Ambulatorial

Data de Retorno: _____

Assinatura do Médico e Carimbo:

Dr. M. M. M. M.



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

REQUISIÇÃO DE EXAMES



EQUISIÇÃO DE EXAMES

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE <i>Edilene Ferreira</i>				IDADE:	DATA:
SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> IA	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA: -	ENFILEIRO: -
DADOS CLÍNICOS:					
MATERIAL A EXAMINAR: <i>2x folhos AP + 1 2x man AP + 2: seu falso Re fix talos em sacafer.</i>					
<p><i>Dr. João Henrique Ramalho Ortopedia Artroscopia do Ombro CRM 7119 TEOT 13274</i></p> <hr/> CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO					



CRUZ VERMELHA
Cruz Vermelha Brasileira

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
ESTADUAL
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, 0 -- CNES: 123312 - Tel.:

Número da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 851986



Identificação do paciente				Data e Hora Prevista 16/07/2015 07:50:25
ID 912179	Nome EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL			Sexo Feminino
Data de nascimento 17/04/1964	Idade 51 Ano(s)	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 88842
Mãe FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS				Pai ESPEDITO FRANCELINO DE OLIVEIRA
Escolaridade MÉDIO COMPLETO				Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988170449	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Cross	Nº Cns	705003660838859
Endereço				
CEP 58037313	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Cantora Maria da Glória Gouveia de Vasconcelos		
Número 114	Complemento APT 102	Bairro Jardim Oceania		
Atendido por VANEIDE TAVARES DO NASCIMENTO				Número da pulseira 2935705
Motivo do atendimento RETORNO - ORTOPEDIA				

QUEIXA PRINCIPAL:

H.D.A: *la evolução
de fissuras de adoevalto
trabalho - A 2 cel pello
seus 2 idades*

EXAME FÍSICO:

*trabalho seu topo adoeado.
fissuras de cel pello*

EXAMES COMPLEMENTARES:

exames de cel pello

Dr. Carlos Roberto
Ortopedia
CRM - PB
TITULAR
CID: *100*

DIAGNÓSTICO:

*1. cel pello
2. cel pello*

CONDUTA:

*1. cel pello
2. cel pello*

*certidão de socorro e provisão
Dr. I. 2015.07.16 16:08:02*



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Ficha de Atendimento Ambulatorial

HEETSHL

PRESCRIÇÃO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

*Recidivado curativo no M.D. Feito
luzine com 35590 + cloridina 2% 1/2
de 40 c.*

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

Tee Enfermagem

Carim: 384800

ANOTAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL:

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

PROCEDIMENTOS: Curativo Pequeno Médio Grande

Tipóia Grande MJ Aparelho Gessado:

Tala Gessada: Velpau em Crepom

Retirada de Pontos Tala Metálica Outros:

EXAME RADIOGRÁFICO:

Local: Lado do Corpo Direito Esquerdo

Incidência: Antero - Posterior Postero - Anterior Perfil Especial

Assinatura e Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Residência Enfermaria Observação

Óbito Retorno Ambulatorial Alta Ambulatorial

Data de Retorno: _____

Assinatura do Médico e Carimbo:

X Mayara



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

REQUISIÇÃO DE EXAMES



REQUISIÇÃO DE EXAMES

B.E./PRONTUÁRIO

85-1886

NOME DO PACIENTE		EDILEIDE FRANCELINA F. CABRAL		IDADE	51	DATA	26/07/01
SEXO:	<input type="checkbox"/> MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM.	COR:	<input checked="" type="checkbox"/> BR <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO:		ALTURA:	
				CLÍNICA:	TRISTÔMICO		
				ENF/LEITO:			

DADOS CLÍNICOS:

DX peacock E
AP & P
Rx toelles D

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Carlos Roberto Pessso
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 651



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <i>Genivaldo Souza da Costa</i>		Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão:	29/06/15		Data da alta:	09/07/15	
Diagnóstico inicial:	<i>Fract. Plata Tibial</i>				
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:	<i>Rm</i>				
Cirurgia realizada - data e equipe:	<i>Dr. I</i>				
Terapêutica medicamentosa:	<i>2 Deltamase - 10 Aluron.</i>				
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:	<i>alta m bem evolução e cura rápida</i>				
Dieta:	Orientações Pós Alta				
Reposo:					
relativo em casa por, _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa:					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto					
Ao ambulatório _____ em _____ para revisão.					
João Pessoa: 09 de 07 de 16					
Ass. Médico / CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 09/06/12	ID da Ocorrência 11539	Nº / Equipe 03	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base 23:03 Hs	Hora de Chegada no Local 21:10 Hs
------------------	---------------------------	-------------------	--	-----------------------------------	--------------------------------------

Paciente / Usuário Edmundo Gonçalves	Idade 50	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem	Telefone: 83/2055-1200
---	-------------	--	------------------------

Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro:			
--	--	--	--

Logradouro Av. Nossa Senhora das Graças	Bairro Mangabeira	Médico Regulador Samur 1200
--	----------------------	--------------------------------

Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:	
---	--

Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:	
---	--

QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:	
---	--

DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento	
---	--

HEC75H

Destino (Unidade Hospitalar)

Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo:	Hospital de Origem:

D CAUSAS EXTERNAS	
> Acidente de Trânsito	

- Colisão carro x moto
- Queda de moto
- Atropelamento por: _____
- Colisão carro x carro
- Capotamento
- Outro: _____
- F.A.F.
- F.A.B.
- Agressão Física
- Afogamento
- Queda - Altura aproximada: _____
- Soterramento / Desabamento
- Choque Elétrico
- Outro: _____

Responsável:	_____
--------------	-------

Hospital de Destino:	_____
----------------------	-------

Responsável:	_____
--------------	-------

- ANTECEDENTES
- AIDS
 - Doença Mental
 - Alcoolismo
 - Doença Renal
 - AVC
 - Drogas
 - Convulsões
 - Hipertensão Arterial
 - Diabetes
 - Internamentos Anteriores
 - Doença Cardíaca
 - Problemas Respiratórios
 - Doença Infecto-contagiosa
 - Medicamentos de uso Contínuo

Quals?

1. DADOS VITAIS	P.A: _____	FC: 94	FR: 20	HGT: _____	SpO2 - S/I/O2: 92	SpO2 - C/I/O2: _____
-----------------	------------	--------	--------	------------	-------------------	----------------------

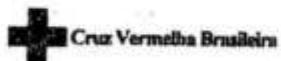
EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: _____	Intervenções: _____
-----------------------------------	---------------------

Evolução do Enfermeiro: _____	_____
-------------------------------	-------

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



O, 0 - - CNES: 123312 - Tel.:

imento Emergencial: 848051

RX TC

Identificação do paciente

ID 912179	Nome EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL			Sexo Feminino
Data de nascimento 17/04/1984	Idade 51 anos 2 meses 12 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS				Pal ESPEDITO FRANCELINO DE OLIVEIRA
Escolaridade NAO INFORMADO				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 888170449	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência AV EPITACIO PESSOA		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade MOSSORÓ	CBO/R		

Endereço

CEP 58037313	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Centro Maria da Glória Gouveia de Vasconcelos
Número 114	Complemento APT 102		Bairro Jardim Oceania

Admissão

Data e Hora Prevista 29/06/2015 21:56:46	Número da pulseira 3257622	Convênio SUS
---	-------------------------------	-----------------

Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL
--------------------------------	-----------------------------------

Classificação do risco VERMELHA	Origem do paciente RUA
------------------------------------	---------------------------

Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
------------------------------------	--	---------------------------------------

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
----------------------	-----------------------	---------------------------	---------------

Meio de transporte SAMU	Quem transportou SAMU
----------------------------	--------------------------

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
ADEIKSON CARLOS ALVES DE MORAIS

Sequencia
1

0810)

NS/

PC/OK

FA/

Rx - A

musculos/

04)

Imprimir

TOMOGRAFIA	
CRANIO SIC	
DATA: 29/06/2015	

TOMOGRAFIA	
306210 D	
DATA: 29/06/2015	

Primo Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

3257622 BE.: 940051
EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS C
DT. Nasc.: 17/04/1984
PRA: FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS
END.: Centro Maria da Glória Souza
N. 114 - Jardim Oceanus
JORDA PESSOA
FONE: (83) 380170449
CELULAR: (83) 380170449
CIDADE: Búzios
DT. ENTRADA:

Pauciultra cítrico de Acidente
Cleus para cima, no pulso e
ponto. Relato de queda de cama
Casa.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS: Párvias Obstruídas

CERVICAL IMOSIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: Sim Não

RSPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: Sem dificuldade
 Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

2 - MURMÚRIO VESICULAR

HTD	<input type="checkbox"/> Presente e normal	HTE	<input type="checkbox"/> Presente e normal
<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Diminuído
<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente

2 - RUIDOS

FR: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	HTD: <input type="checkbox"/> Boncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estertores	HTE: <input type="checkbox"/> Boncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estertores
--	---	---

FR: Imp SaO₂ %

DÉFICIT NEUROLOGICO

Pupilas: Fotorreatente Paralisadas Isocôricas Anisocôricas (diferença = mm)

Escala de Glasgow:

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

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

BE.: 848061
EDILEIDE FRANCILINO DE FREITAS C

DT. NMSC.: 17/04/1984

NME: FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS

END.: Cantora Maria da Glória Gouveia

N. 114 - Jardim Oceanía

JORO PESSOR

FONE: (31)

CELULAR: (31) 988178448

IDADE: 51

DT. ENTRADA:

DATA:

NOME DO PACIENTE: IDADE:

PROCEDÊNCIA: Domicílio Ambulância de resgate Ambulância SAMU PoliciaTIPO DE ACIDENTE: Moto Automóvel Ônibus Bicicleta Atropelamento[] Envenenamento Incêndio Explosão Arma de Fogo Arma branca Outros:TIPO DE LESÃO: Fratura fechada Ferimento aberto Esmagamento Lacerção Queimadura[] Mordedura Objeto encravado Ferimento contínuo Amputação membro Outros:LOCAL DA LESÃO: Membros sup. Membros inf. Tronco Cabeça e pescoço Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SITOMAS: / /

EXAME FÍSICO PA: / mmhg P: bpm SpO2: Tax:

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: Consciente Inconsciente Orientado DesorientadoAvaliação das pupilas: Simetria: Isocôricas Tamanho: Midriase
[] Anisocôricas Miosc

Sistema Respiratório:

[] Ventilação invasiva Ventilação espontânea Vias aéreas pélvias[] Traqueostomia Respiração rápida Obstrução parcial das vias aéreas[] Respiração ruidosa Suporte ventilatório não invasivo Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

[] P脉 ausente Pele fria e úmida Perfusion tissular satisfatória[] Taquicardia Bradicardia Perfusion tissular comprometida[] Palidez Outros:

Sistema Digestório:

[] HDA Uso de SNG Vômitos Dor à palpação superficial[] HDB Corpo estranho Dor à palpação profundaOutros: Rigidex abdominal Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

[] Disúria Hematuria Oligúria Poliúria SVD Outros:HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: Hipertensão Diabetes Câncer Alergias Cirurgias[] Internações Outros: Especificar:USO DE MEDICAÇÃO? Sim Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? Sim NãoOUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: *Paciente deu entrada nesta unidade trazida pelo SAMU, vítima de atrop. carro x moto. Encontra-se consciente, orientado, com olhar cervical e prancha rígida. Aparecida pelo exame geral que aponta retrada da marcha e do olhar. Aguarda exames.*

Sexta-feira, 19 de Setembro de 2008
Enfermeiro: *.../...*
COREM: 23445

DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREM:



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HTO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Edilene Trindade

6 - N° DO PRONTUÁRIO
848051

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

11 - TELEFONE DE CONTATO

9 - SEXO

Masc 1 Fem 3

14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO II

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - CÓD DE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CÓD DE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CÓD DE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Mica em 11/06/2013 com 8F=01
transfusão contínua N=36=02,
N=40=01, N=40=03, N=35=02, N=50=01
MFL 1/3 de CNA de 8F=01

11/06/2013 N=4,5.

Parafusos contínua N=40=01, N=36=02,
N=42=01, Parafusos
transfusão N=50=01,
N=80=01.

39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40. DATA DA SOLICITAÇÃO

08/07/13

41. DOCUMENTO

42. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

43. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45. CÓD ÓRGÃO EMISSOR

46. DATA DA AUTORIZAÇÃO

47. DOCUMENTO

48. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Edilene Evangelina de Freitas</i>		Registro: <i>348051</i>			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>08/07/15</i>	Cirurgião: <i>Dr. Rosário Alencar</i>		1º Assistente: <i>Dr. Alencar</i>		
2º Assistente <i>R2-Bioréa</i>	3º Assistente	Instrumentador:			
Anestesista: <i>Dr. Pena</i>	Tipo de Anestesia:		Hora Início:	Hora término:	

Diagnóstico(s) Pós-Operatório	CID
<i>Fratura fibula proximal</i>	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
<i>Tratamento cirúrgico de fratura proximal de fibula</i>	

Acidente durante ato cirúrgico 1º sim <i>2º não</i>	Descreva:		
Biópsia de congelação:	1º sim	2º não	
Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico: após ato cirúrgico:	1º enfermaria 3º residência	2º terapia intensiva 4º óbito durante ato cirúrgico	

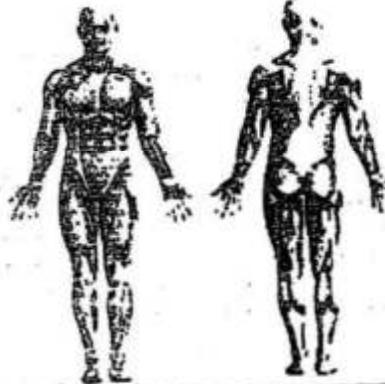
08 1 07 1 2015
João Pessoa - Data

CRM-PB 9057
Ass. do Médico / CRM

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

EXAMES SOLICITADOS

- Radiografias Lavado peritoneal
 Ultrassonografia (FAST) Gasometria arterial
 Tomografia computadorizada Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	AV. (liver)		
2			
3	Radiografia evidencia-se fratura		
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da oftalmologista às: _____ do dia: _____
 Solicito parecer da oftalmologista às: _____ do dia: _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico	<input type="checkbox"/> Tranferência (unidade de saúde)		
DA	<input type="checkbox"/> Internado (setor)	<input type="checkbox"/> A pedido	<input type="checkbox"/> A revália	<input type="checkbox"/> Desistência
SAÍDA	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar	<input type="checkbox"/> Decisão médica	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML
HORAS:	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Até 48 hs.	<input type="checkbox"/> Após 48 hs.	<input type="checkbox"/> SVC

ASSIN
 ATURA/CARIMBO

ASSIN
 ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

paciente em ORA, na antebraço
Anestesia e Afiguração
Preparo de campo hirúrgico Estéril

Incisão:

incisão lateral e medial joelho (2)

Achados:

extremidade proximal (2)

Conduta:

- Drenagem por plástico

→ - Devidamente

→ - Redução de fratura na via de redução

- Esponja com gelo tipo "ice cube" 3,5 x 3,8 para aplicar sobre o joelho em

de 8 min, perfurado e seco e expandido, sob uso de sedação

- Hemostasia

Fechamento:

- Sutura por plástico

- Curativo estéril

Observação:

- Rx de controle

Data, João Pessoa 08 de 07 de 11

Assinatura/cárimbo

José Luiz Lopes
CRM - MS Ortopedista
CRM-PB 8087



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Receituário Médico



LAUDO MÉDICO

A paciente Edileide Francini
no de Freitas Cabral, foi vítima de aciden-
te de motocicleta em 29/08/15, sofrendo
Traumatismos CID-6 62.3 + 582.1, resultan-
do nas sequelas, após tratamento cirurgi-
co como: dores nas localis operados, limi-
tação dos movimentos, diminuição da
força muscular dos membros afetados,
além de claudicações da marcha.

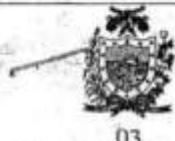
Data: 28/08/16

Dr. Eneison X. Cereira
Ortopedista
CRM-SP 2516

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1





03

**POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DO POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO - BPTRAN
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



DADOS DO ACIDENTE

Nº BAT 0428 - 2015	Responsável pelo Levantamento do Acidente: Antonier Átila Silva Genuino Batista	Posto/Graduação: SD/PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. Nego / Av. Silvino Lopes	Hora 21:45	Bairro Tambaú

Município: João Pessoa	UF PB
----------------------------------	-----------------

Data/Ocorrência 29/06/2015	Dia da Semana Segunda-Feira	C/S Vítima (QT) Com	Natureza do Acidente Abalroamento	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca	Tempo Bom
--------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------	---	-------------------------------------	------------------------------	---------------------

Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos	Controle do trânsito no local Placa de PARE na via "B"
---	--

CONDUTOR 01

Nome Layanne Nunes Almeida	Sexo Feminino	Nascimento 19/06/1991	RG 2524033
--------------------------------------	-------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço
Rua Vereador Gumercindo Barbosa Dunda, 659, Aeroclube, João Pessoa PB

1ª Habilitação 10/09/2010	Categoria B	Registro CNH N. ^º 05029503794	U.F. DF	Ex.méd./Dia Não	Data Vencimento 04/05/2015	Usava cinto	Usava Capacete
-------------------------------------	-----------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	-------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Comportamento do Condutor Permaneceu no Local
---	---

VEÍCULO 01

Marca Fiat / Strada	Espécie Caminhonete	Placa NPV-8555	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
-------------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário
JGA Engenharia LTDA

Seguradora DPVAT	Bilhete N. ^º 011642855175	Renavan N. ^º 0014802787-3	Data da Emissão 23/07/2014
----------------------------	--	--	--------------------------------------

Defeitos
Nada constatado

VERSAO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: Trafegava na via "B", no sentido Manaíra / Tambaú, na faixa da esquerda, quando parou no cruzamento visualizou que estava livre e deu partida, foi quando apareceu o V2 de repente, atingindo o V1 que não pode evitar o impacto.

CONDUTOR 02

Nome Edileide Francelino de Freitas	Sexo Feminino	Nascimento 14/07/1964	RG 1781803
---	-------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço
Rua Maria da Glória Gouveia Vasconcelos, 114, J. Oceania, João Pessoa PB – Tel.(083)98814-0449 / 98852-2279

1ª Habilitação 27/11/1986	Categoria AB	Registro CNH N. ^º 03363651719	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 30/10/2019	Usava cinto	Usava Capacete
-------------------------------------	------------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	-------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Comportamento do Condutor Socorrido ao Hospital
---	---

VEÍCULO 02

Marca Yamaha / Lander	Espécie Motocicleta	Placa OGF-3646	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
---------------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário
Edileide Francelino de Freitas

Seguradora DPVAT	Bilhete N. ^º 011752879486	Renavan N. ^º 0059790181-3	Data da Emissão 22/08/2014
----------------------------	--	--	--------------------------------------

Defeitos
Nada constatado

VERSAO DO CONDUTOR 02

Condutor foi ouvido no Hospital HTOP no dia 07/07/2015 e declarou que: Trafegava na via "A", na faixa da direita, com muita cautela, pois o clima estava chuvoso, foi quando o V1 saiu de repente da via "B" sem parar, interceptando a passagem do V2 que não pode evitar o impacto no V1, que ficou no meio da via, evitando uma reação do V2.

Rua Fernandes Luis Ferreira das Torres, 75 - Jardim Oceania
João Pessoa - PB - CEP: 58021-000 - Fone: (083) 98814-0449
www.direitosempre.com.br - E-mail: edileidefrancelino@outlook.com.br
Títulos: Engenheira Civil - Engenheira de Materiais

MBM Segurança
05/07/2015

DPVAT



Decarlinho
Serviço Notarial - TJD - Poder Notarial
Contato: 0800 282 0000

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se foi
apresentado. Em testemunha da verdade.
João Pessoa-PB 13/11/2015 15:37:22
Josivando Carlos - Escrevente
[2015-135033] EMOL:R\$ 1,94 FAPENH:R\$ 0,23 FEPJ:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,10
SELO DIGITAL: ACIB8967-4098
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0428 - 2015
VÍTIMA 01

Nome Edileide Francelino de Freitas	Sexo Feminino	Nascimento
Endereço Rua Maria da Glória Gouveia Vasconcelos, 114, J. Oceania, João Pessoa PB		
Ferimentos	Viajava no Veículo N° 02	Usava Cinto
Condição da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital	
CONSTATADO		

João Pessoa - PB, 24 de Julho de 2015.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original

EM: 15/08/2015


ASSINATURA

Antonier Atila Silva Genuino Batista

Antonier Atila Silva Genuino Batista SD PM

Responsável pelo Levantamento



Rua Fernandes Lúcio Marques das Fazendas, 75 - Jardim das Flores
 João Pessoa - PB - CEP: 50117-050 - Fone: (031) 3222-1000
www.decarlinto.com.br - E-mail: decarlinto@bol.com.br
 WhatsApp: (031) 98810-1000

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se foi
 apresentado. Em testemunho da verdade.

João Pessoa-PB 13/11/2015 15:37:24

Josivando Carlos - Escrevente

[2015-135035] ENOL:R\$ 1,94 FARPEM:R\$ 0,23 FEPJ:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,10

SELO DIGITAL: ACIB03969-08V

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DO POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO - BPTRAN



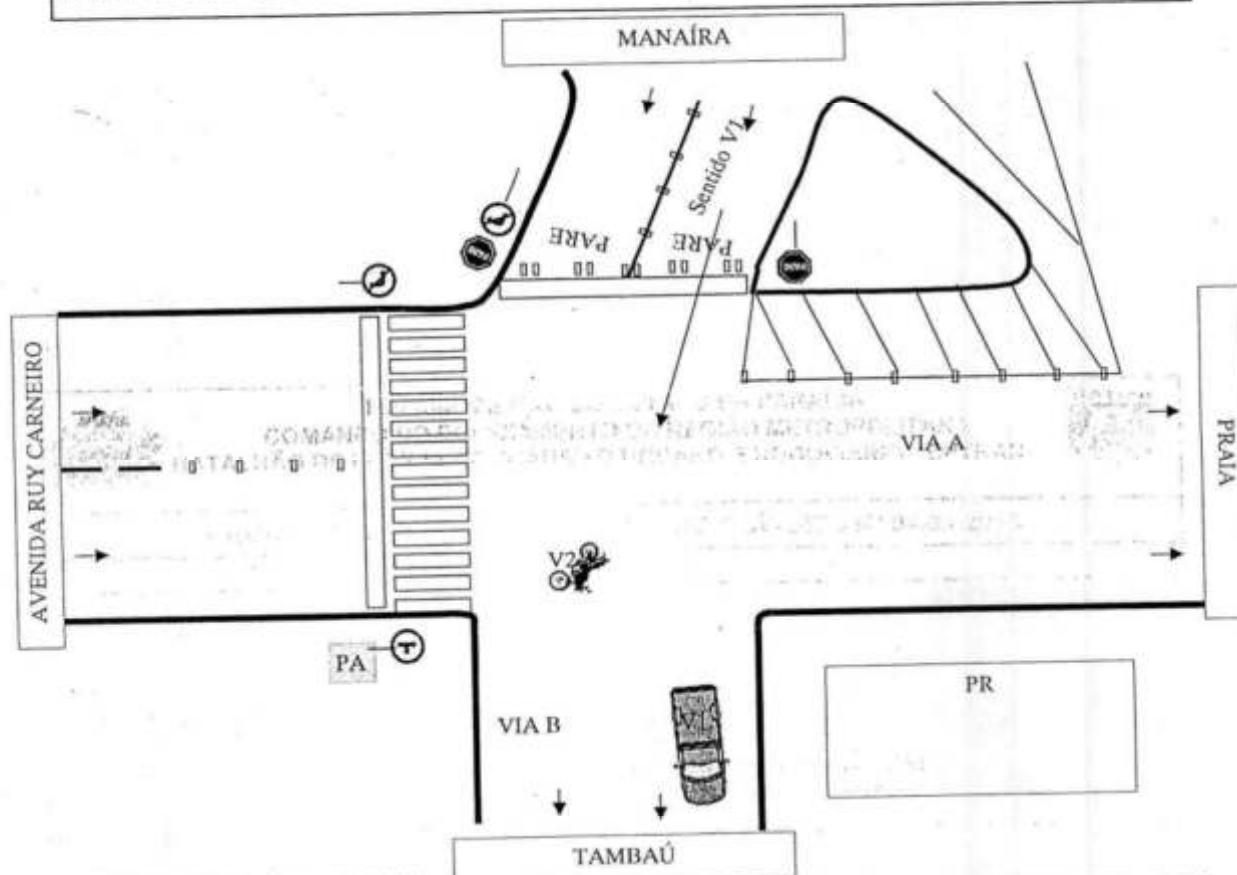
CROQUI DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0428/ 2015

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Nego 11,00metros
VIA "B" - Avenida Silvino Lopes 07,20metros

PR (Ponto de Referência) Residencial Mediterrâneo
PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Eixos Diancero Esquerdo 11.30 e Traseiro Direito 10.00 metros para (PA)
V2 (Veículo 02) Eixos Diancero Direito 07.50 e Traseiro Direito 08.80 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRAITIVO NÃO OBIJECE ESCALA

AVARIAS



V1



V2

BATALHÃO DE TRANSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia da Conformidade com o Original

EM: 11 / 08 / 2015

Antonier Átila Silva G. Batista SD PM
Responsável pelo Levantamento

MBM Seguradora S/A

05 OUT 2018

DPVAT

Decarlinto
Decarlimento - Oficina de Notas
Carta com a guarda

Rua Fernandes Luís Henrique da Fonseca, 78 - Jardim das Flores
João Pessoa - PB - CEP 58030-020 - Fone: (031) 3284-2000
www.decarlimento.com.br | decarlimento@bol.com.br



Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se foi
apresentado. Em testemunho da verdade.

João Pessoa-PB 13/11/2015 15:37:23

Josivando Carlos - Escrevente

[2015-135034] ENOL:R\$ 1,94 FARPN:R\$ 0,23 FEFJ:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,10

SELO DIGITAL: AC183968-LMFB

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 3193/2015

Aos vinte e nove dias do mês de setembro do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo Policial Civil de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 12:00, compareceu o (a) Senhor (a): **EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL**, brasileira, natural de Mossoró/RN, casada, com 51 anos de idade, educadora física, ensino superior completo, filha de Expedito Francelino de Oliveira e de Francisca Evangelista de Freitas, RG. 1.871.803-SSP/PB, residente na Rua Cantora Maria da Glória Gouveia Vasconcelos, 114, aptoº 102, Jardim Oceania, João Pessoa/PB, a qual notificou o seguinte: QUE, no dia 29/06/15, por volta das 21:45h, no cruzamento da Av. Nego com a Av. Silvino Lopes, no bairro de Tambáú, João Pessoa, vinha conduzindo uma motocicleta de marca YAMAHA/LANDER XTZ250, cor azul, ano 2013/2014, de placa OGF-3646/PB, chassi nº 9C6KG0210E0066882, de sua propriedade, vinha pela Av. Nego quando foi atingida por um veículo Caminhonete FIAT/STRADA, de placa NPV-8555/PB, de propriedade de JGA Engenharia LTDA e conduzido por Layanne Nunes Almeida, que vinha pela Av. Silvino Lopes e não respeitou a sinalização de Pare; QUE vinha com muita cautela, na faixa da direita; QUE desmaiou na hora da colisão; QUE não sabe informar quem acionou o SAMU; QUE devido o fato veio a sofrer TCE LEVE, FRATURA DO 5º METACARPIANO E, FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA D, sendo socorrido pelo SAMU e conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 29 de setembro de 2015.

Edileide Francelino de Freitas Cabral
Notificante

Fábio Lacerda
Policial Civil



Rua Fernando Luis Henrique dos Santos, 75 - Centro
João Pessoa - PB - CEP: 50037-010 - Fone: (83) 3222-1000
www.decarlinto.com.br E-mail: decarlinto@decarlinto.com.br
Tópico: Hologramas Autênticos

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se foi
apresentado. Em testemunha da verdade.

João Pessoa-PB 13/11/2015 15:37:21

Josivando Carlos - Escrivente

[2015-135031] EMLX:R\$ 1,94 FARFEN:R\$ 0,23 FEPJ:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,10

SELO DIGITAL: ACT83965-N8MC

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Para uso dos correios

- () Mudou-se. () Não procurado
() Endereço insuficiente. () Ausente.
() Não existe nº indicado. () Eleito
() Desconhecido. () Informação esonta por 3º
() Recusado. () ICEP errado ou não informado

Entregador

370

Registrado ao serviço postal em



Remetente

USE ADMINISTRADORA DE
CONDÔMIOS
Av. Goiás, 705 - B. Estados | fone: (83)
3044-7100
www.useadministradora.com.br

TÍTULO PARA PAGAMENTO

||||||||||||||||||||||||||||||||||||||||

ROBERTA ONOFRE RAMOS

Vila Almirante Barroso, 500 Centro

58013-123 João Pessoa-PB

0803

CONDOMÍNIO VILLA EMPRESARIAL - 0803

Vencimento: 10/09/2018

10

00000000 0051

MBM Seguradora S/A

05 OUT 2018

DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ROBERTA ONOFRE RAMOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 045 934 204 / 69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDILEIDE FRANCILINO DE F. CABRAL inscrito (a) no CPF sob o Nº 335 897 204 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ E DAMS da Vítima EDILEIDE FRANCILINO DE F. CABRAL, inscrito (a) no CPF sob o Nº 335 897 204 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADA Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. ALMIRANTE BARROSO</u>		Número <u>600</u>	Complemento <u>SALA 903</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-123</u>
Email <u>ROBERTA.ONOFRE@HOTMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(83) 3031 9331</u>	Telefone celular (DDD) <u>(083) 9 9682 5221</u>	

JOÃO PESSOA, 30 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

05 OUT 2018

DPVAT

MBM Seguradora S/A

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL

Nº Sinistro: 3180470206

Vitima: EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL

Data do Acidente: 29/06/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERTA ONOFRE RAMOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180470206**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EDILEIDE FRANCILINO DE FREITAS CABRAL	CPF titular da conta 335 897 204 68	Profissão PROFESSORA
Endereço R. MARIA DA GLÓRIA GONÇALVES DE VASCONCELOS	Número 114	Complemento APT
Bairro JARDIM OCEANIA	Cidade SOÃO PESSOA	Estado PB
Email	CEP 58037 313	
Telefone (DDD)		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO. **D/V** **CONTA**
NRO. **D/V**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome **EDILEIDE FRANCILINO DE F. CABRAL** NRO.
AGÊNCIA
NRO. **3104** **CONTA**
NRO. **0203 185** **D/V**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

MBM Seguradora S/A

SOÃO PESSOA/PB, 10 de SETEMBRO de 2018
Local e Data

05 OUT 2018

Edileide Francilino de Freitas Cabral.

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DPVAT



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDILEIDE FRANCELINO DE F. CABRAL,

RG nº 1871803, data de expedição / / , Órgão SSP/PB,

CPF nº 335 897 204 68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo documento comprobatório em nome de terceiros:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	R MARIA DA GLÓRIA GOVERNA DE VASCONCELOS
Número	334
Apto / Complemento	APT
Bairro	JARDIM OCEANIA
Cidade	JOÃO PESSOA
Estado	PB
CEP	58037 - 313
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA/PB, 30/09/2018

MBM Seguradora S/A

05 OUT 2018

DPVAT

Assinatura do Declarante: Edileide Francelino de F. Cabral



Faça parte.

THE JOURNAL OF

CTC RECIFE PE P.6 / CTC RECIFE PE JPA CID - AMARRADOS

EDILEIDE F. CABRAL
R. MARIA DA GLORIA GOUVEIA DE VASCONCELOS 114 APT
JARDIM OCEANIA
58037-313 - JOAO PESSOA - PB



Data de Postagem
28/08/2018



9912215412-DR BSB/SPM
PANCOBB