

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

ROBERTA ONOFRE RAMOS

FILIAÇÃO

WALDIR HONÓRIO ONOFRE
ROSANE MARIA LIMA ONOFRE

NACIONALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

RG

2870828-8 SSP/PB

DOADOR DE ÓRGÃO E TECIDOS

S/N

DATA DE NASCIMENTO

08/12/1982

CPF

045.914.204-69

VIA

EXPIRADO EM

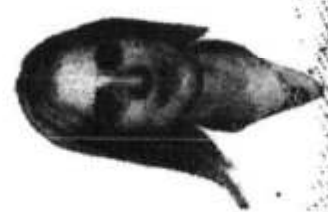
18/12/2014

Art. 2º, Sistema Brasileiro

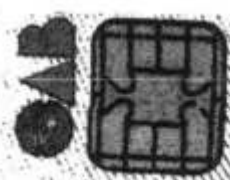
VITAL BEZERRA LOPES
PRESIDENTE

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 00155

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)



ASSINATURA DO TITULAR
Roberta Onofre Ramos



0835684





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 ODONTOLÓGICA

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, hiperemiadas, 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 45° 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 (4° e 5° metacarpos), com limite de flexão do 5° dedo desta mão; pequenas cicatrizes hipertróficas 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 cranioencefálico), fratura do 5° 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 Formosa Lito Henrique dos Santos, 95 - João Pessoa/PB
João Pessoa - PB - CEP: 55071-000 - Fone: (33) 3333-0000
www.decarlinto.com.br
Titular: Sérgio Albuquerque



Autentico a presente copia, reproducao fiel do original que se foi apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 13/11/2015 15:37:21
Josivando Carlos - Escrevente
[2015-135030] EMUL:R\$ 1,94 FARPEN:R\$ 0,23 FEPI:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,10
SELO DIGITAL: AC183964-TXFL
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 CABI

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

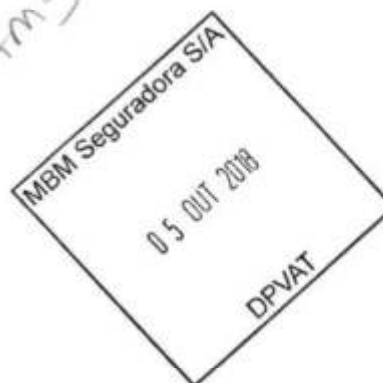
Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

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

EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Paula Kiane Pereira de Medeiros



O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

AVISO DE SINISTRO DPVAT

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

Valor da Indenização - R\$: _____

Vítima : EDILEIDE FRANCILINDA DE F. CABRAL Nascimento 14/07/1964

CPF: 335 897 204 / 68

Reclamante - Vítima () Beneficiário () Procurador (x)

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: (x) 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
(x) sim () não

Placa
NPV-8555

Tipo de Veículo
CAMINHONETA

Vítima:

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

OGF - 3646

MOTOCICLETA

Complemento de Processo () Envio de Processo Novo (x)

Número do Processo:

JOÃO PESSOA / 30/09/2015
Local / Data

Edileide Francilinda de F. Cabral
Assinatura

MBM Seguradora S/A

05 OUT 2018

mbm

DPVAT

Seguro de Pessoas

P 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 GLORIA GOUVEIA DE VASCONCELOS, 114, APT. JARDIM OCEANIA,
JOÃO PESSOA - PB, 58037-313

OUTORGADO:

Nome: ROBERTA ONOFRE RAMOS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA
Profissão: ADVOGADA
Identidade: 26 70 826 CPF: 045.914 204 - 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, Crédito 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, 10 DE SETEMBRO DE 2018

Edileide Francelino de Freitas Cabral

**ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)**



Rua Pernambuco, 100 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 58011-000 - Fone (33) 3222-1111
www.dcaonline.com.br
E-mail: dca@online.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 12/09/2018 14:56:23
Josivando Carlos - Escrevente
C2018-070831JENOL:R9 89.48 FAPEN:R9 0.28 FEPJ:R9 1.90 TOS:R9 0.02
SELO DIGITAL: AML79630-E914
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Decarlinto
10º Ofício



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367096/18

Vítima: EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABI

CPF: 335.897.204-68

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/06/2015

Titular do CPF: EDILEIDE FRANCELINO
DE FREITAS CABRAL

CPF de: Próprio

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

EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Paula Kiane Pereira de Medeiros



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 PRONTUARIO 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 tibia 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



Decarlinto
Certos com a gente

Rua Fernando Luiz Pimenta dos Santos, 25 - Jardim Osiris
João Pessoa - PB - CEP 53031-000 - Fone: (33) 339-6000
www.decarlinto.com.br
Eduardo Sérgio Almeida

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que se foi apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 29/09/2015 09:51:27
Dedion Barbosa de Oliveira - Escrevente
(2015-117539) EMB:R\$ 1,94 FAPEN:R\$ 0,23 FEPI:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,10
SELV DIGITAL: AC02/568-15C6
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:**

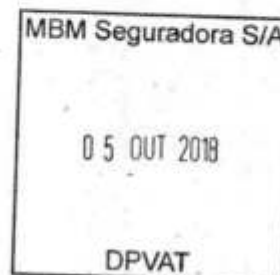
Quantidade de Dias: 60 SESSENTA

Data Inicio: 28/08/2015

Retorno ao Trabalho: 27/10/2015

Data: 08/09/2015

Dir. Regional de Per. G. X. Paraíba
[Assinatura]
Médico Perito



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

Perícia Médica

Código da Licença: 61.163

Região de Perícia: REGIAO - JOAO PESSOA

Licença: Prorrogação Licença

Matricula: 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: 30 TRINTA

Data Inicio: 27/10/2015

Retorno ao Trabalho: 26/11/2015

Data: 10/11/2015

Dr. Flávio Cirne
Perito
Ger. Reg. de Per. 1ª Região
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 Carimbo do Médico(a)

033.006786

CRM 6786/15

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. Orestes Lisboa, s/n - CEP: 58.031-090 Conj. Pedro Gondim



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

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido
o(a) Sr.(a) Edileide F. de F. Costa
portador(a) da identidade RG _____,
que 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
inabilitado(a) de suas atividades laborativas por um
período de 60 dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 28/08/15

Dr. Gustavo F. Mendonça
Ortopedia / Cir. Quadril
CRM 10.528 / TECT 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 HUBERTO
LUCENA

Av. Oromes 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 FREITAS 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				
	Cep 58.037-313 SOM PESSOA/PB Rua Contora Maria da Glória G. Vasconcelos, 114 Apto 102		(83) 988522279/99628845				
1.9	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Licença p/ tratamento de saúde</td><td><input type="checkbox"/> Licença p/ motivo de doença em pessoa da família</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Licença gestante</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Prorrogação</td></tr></table>			<input type="checkbox"/> Licença p/ tratamento de saúde	<input type="checkbox"/> Licença p/ motivo de doença em pessoa da família	<input type="checkbox"/> Licença gestante	<input checked="" type="checkbox"/> Prorrogação
<input type="checkbox"/> Licença p/ tratamento de saúde	<input type="checkbox"/> Licença p/ motivo de doença em pessoa da família						
<input type="checkbox"/> Licença gestante	<input checked="" type="checkbox"/> Prorrogação						

Em, _____/_____/_____

Edileide Franceline de Freitas Cabral
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

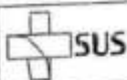
3.1			
3.2	Documento de identificação apresentado	3.3	Data de nascimento
			_____/_____/____

4. SEC. ADMINISTRAÇÃO

4.1	Lei complementar 58 de 30.12.2003	4.2													
	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>O pedido não se enquadra no Art. 177</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>O pedido se enquadra no Art. 177</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>O pedido se enquadra no Art. 84 § 1º e...</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>O pedido se enquadra no Art. 181</td></tr></table>	<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		<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>DEFERIDO</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>INDEFERIDO</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	DEFERIDO	<input type="checkbox"/>	INDEFERIDO
<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												

Gerência Central de Perícia Médica do Estado da Paraíba
Av. Rio Grande do Sul, S/N - Bairro dos Estados
www.periciamedica.pb.gov.br
Fone: (83) 3211-6057





Sistema Único de Saúde
Ministério da 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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

edileide francelino de f. cabral

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

Masc ☐

Fem ☐

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

DDI

10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDI

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

fisioterapia respiratória

20 - QTDE

10

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 DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fratura plavô + bcl D

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

40 - OBSERVAÇÕES

= gesso de ADM
- Não liberado carga
em ASD

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/08/15

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Gustavo F. Mesquita

Ortopedia / Cir. Quadril

Dr. Gustavo F. Mesquita

Ortopedia / Cir. Quadril

CRM-PB 67811 EBO 13740

() CNS

() CPF

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES



Decarlinto
Serviço de Saúde em Geral
Contato com a gente

Rua Fernando Luz, 100 - Centro, 29 - João Pessoa - PB 55010-000
Fone: (33) 3333-3333 - Fax: (33) 3333-3333
www.decarlinto.com.br
E-mail: atendimento@decarlinto.com.br

Autêntico a presente cópia, reprodução fiel do original que se foi
apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 29/09/2015 09:51:29
Edilson Barbosa de Oliveira - Escrivente
(2015-11741) CRM-PB 194 FAPEN-PB 0,23 FEPJRS 0,06 ISS-PB 0,20
SELLO DIGITAL: 4027579-B0X7
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>






Receituário Médico

RECETSHL

Paciente: Edileide Figueiredo de
Frentes Cabral

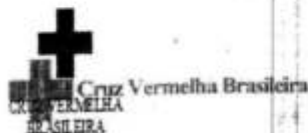
Soluto capix do
proteínas de paciente
supracitada

Data: 25/09/15


Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

Ficha de Atendimento Ambulatorial



Ficha de Atendimento Ambulatorial
Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, sr - ONE3: 123312 - Tel:

Numero da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 868352



Identificação do paciente				Data e Hora Prevista 25/09/2015 08:18:04
ID 912179	Nome ÉDILEIDE 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 MEDIO COMPLETO			Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)	
DDD Móvel 93	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 LUAN WHENDELL DE SOUSA CANDIDO				Número da pulseira 4125647
Motivo do atendimento RETORNO - ORTOPEDIA				

QUEIXA PRINCIPAL:

H.D.A:

+

pp fratura platis lateral (76 dias)
+ fratura 5º arco

EXAME FÍSICO:

fo de bom aspecto

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx

DIAGNÓSTICO:

fratura consolidada

CID:

CONDUTA:

Orientações / fisioterapia
carga parcial



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:

4003

Ficha de Atendimento Ambulatorial



Cruz Vermelha Brasileira

Ficha de Atendimento Ambulatorial

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

GOVERNO
DA PARAÍBA

HEE TSHL

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			Pai ESPEDITO FRANCELINO DE OLIVEIRA		
Escolaridade MEDIO 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:

50.º DPO
direito + fratura
fratura 5.º METO

H.D.A.:

EXAME FÍSICO:

FO de boa aparência

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx

DIAGNÓSTICO:

fratura em consolidação

CID:

CONDUTA:

orientações / fisioterapia
retornoDr. Gustavo F. Mendonça
Ortopedia - Clin. Quadri
CRM 13240

28/08/2015 01



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: ____ - ____ - ____

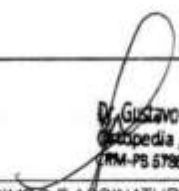
Assinatura do Médico e Carimbo: _____

REQUISIÇÃO DE EXAMES



REQUISIÇÃO DE EXAMES

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: <i>Edileide Francisco</i>				IDADE:	DATA: <i>28/08</i>
SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF./LEITO:
DADOS CLÍNICOS: <i>Rx nãe e AP10</i>					
MATERIAL A EXAMINAR: <i>Rx joelho direito AP10</i>					
EXAMES SOLICITADOS:					
<div style="text-align: center;">  Dr. Gustavo F. Mendonça Ortopedia / Cir. Quadril CRM-PB 5796 / TEOT 13240 _____ CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO </div>					



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Ficha de Atendimento Ambulatorial

HEETSHL

PRESCRIÇÃO: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: 31.07.15 Realizado met de Pontos + curativo MSE.

Assinatura e Carimbo da Enfermagem: _____

Vandeilca de Lima Silva
Téc. de Enfermagem
CRP 665.809

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: _____

+ Unidade Sanitária de Saúde Geral.



CRUZ VERMELHA

BRASIL

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha de Atendimento Ambulatorial



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO DO
RIO GRANDE DO NORTE

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

Numero 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			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 MEDIO 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 no ombro de Placa Tibial (E) +
fratura do cot 5º MC (F)

EXAME FÍSICO: TO seco, sem flogor

EXAMES COMPLEMENTARES: Rx mui fratura do 5º MC com
desalojamento

DIAGNÓSTICO: Ombro do cotovelo do 5º MC, porém a fct
se nega a intem p. cirurgia. CID: .

CONDUTA: Omb 31/05.
Ombro fctos alterado.

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



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Ficha de Atendimento Ambulatorial



HEE TSHL

PRESCRIÇÃO: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

24/07/15
Curativo simples + retirada de pontos
porcú.

Assinatura e Carimbo da Enfermagem: _____

Ana Cláudia de Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN. PB 431896

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: _____

[Handwritten signature]



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

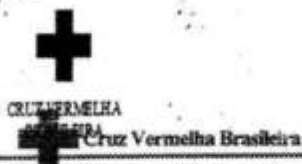
REQUISIÇÃO DE EXAMES



EQUISIÇÃO DE EXAMES

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: <i>Edileide Funchal</i>				IDADE:	DATA:
SEXO: () MASC. () FEM.	COR: () B () P () A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF./LEITO:
DADOS CLÍNICOS:					
MATERIAL A EXAMINAR: <i>2x joelho AP + P</i> <i>2x mão AP + D: sem falar</i>					
EXAMES SOLICITADOS: <i>Re fix Talar em gesso.</i>					
<div><div><div>Dr. João Henrique Ramalho</div><div>Ortopedia</div><div>Artroscopia do Ombro</div><div>CRM 7149 TEOT 13274</div></div><div>CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO</div></div>					



Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO DO ESTADO
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 MEDIO 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:

EXAME FÍSICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

EXAME FÍSICO:

CONDUTA:

Volto em 22/07/14 de
curativo do Joelho e punhaça
RETORNO

Dr. Carlos Roberto
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 881



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Ficha de Atendimento Ambulatorial

HEETSHI

PRESCRIÇÃO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

Realizando curativo no MIO. Feito
higiene com S.G.H. + clorexidina 2% aplic-
do A.C.C.

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

Tec. Enf. Duriz
Lam. 384800.

ANOTAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL:

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

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

() Tipóia Grande () M.I. () 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:




CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

REQUISIÇÃO DE EXAMES



REQUISIÇÃO DE EXAMES

B.E./PRONTUÁRIO 851986

NOME DO PACIENTE EDILEI DE FRANCELINA F. CABRAL				IDADE 52	DATA 26/07/11
SEXO: () MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM.	COR: <input checked="" type="checkbox"/> B. () P. () A.	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA TRAUMATO	ENFILETO:
DADOS CLÍNICOS: DR. CARLOS ROBERTO PESSOA					
MATERIAL A EXAMINAR: RX JOELHO D					
EXAMES SOLICITADOS: AD 27					
<div style="text-align: center;"> CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO</div> <div style="text-align: right;"><p>Dr. Carlos Roberto Pessoa Ortopedia - Traumatologia CRM - PB 651</p></div>					



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Geulene Rosalino d. Silva</u>		Registro: <u>296713</u>	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:
			Enf:
			Leito:
Data de admissão: <u>29/06/15</u>		Data da alta: <u>29/07/15</u>	
Diagnóstico inicial: <u>fr. Pls. Tibial</u>			
Diagnóstico final:			
Outros diagnósticos:			
Principais exames: <u>Rx</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Rx I</u>			
		<u>Dr. Roberto Almeida</u>	
Terapêutica medicamentosa: <u>no Aluron.</u>			
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:			
<u>alta em bom estado e sem complicações</u>			
<u>superiores.</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta:			
Repouso:			
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 <u>07 dias</u> em _____ para revisão.			
João Pessoa: <u>09</u> de <u>07</u> de <u>16</u>			
Ass. Médico CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



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



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 29/06/12	ID da Ocorrência: 31539	US: <input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 04	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 23:03Hs	Hora de Chegada no Local: 21:10Hs
----------------	-------------------------	--	-----------------	---	--------------------------------	-----------------------------------

Paciente / Usuário: Edilson Romão M. - 209	Idade: 50	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone: 88120659
--	-----------	--	--------------------

Local da Ocorrência: ☐ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Conde ☐ Outro: _____

Logradouro: R. Nogueira	Bairro: Homenagem	Médico Regulador: J. Silva
-------------------------	-------------------	----------------------------

Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três: _____
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro: _____

OTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro: _____

DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento

Destino (Unidade Hospitalar): HESTHA
Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): [Assinatura]

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO ☐ TRANSFERÊNCIA
Motivo: _____

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: _____

Hospital de Origem: _____
Responsável: _____
Hospital de Destino: _____
Responsável: _____

ANTECEDENTES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS | <input type="checkbox"/> Doença Mental |
| <input type="checkbox"/> Alcoolismo | <input type="checkbox"/> Doença Renal |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Droga |
| <input type="checkbox"/> Convulsões | <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores |
| <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios |
| <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa | <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo |
- Quais? _____

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

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: _____
Intervenções: 01 - 02 - 03 - 04 - 05 - 06 - 07 - 08 - 09 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 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 - 100 - 101 - 102 - 103 - 104 - 105 - 106 - 107 - 108 - 109 - 110 - 111 - 112 - 113 - 114 - 115 - 116 - 117 - 118 - 119 - 120 - 121 - 122 - 123 - 124 - 125 - 126 - 127 - 128 - 129 - 130 - 131 - 132 - 133 - 134 - 135 - 136 - 137 - 138 - 139 - 140 - 141 - 142 - 143 - 144 - 145 - 146 - 147 - 148 - 149 - 150 - 151 - 152 - 153 - 154 - 155 - 156 - 157 - 158 - 159 - 160 - 161 - 162 - 163 - 164 - 165 - 166 - 167 - 168 - 169 - 170 - 171 - 172 - 173 - 174 - 175 - 176 - 177 - 178 - 179 - 180 - 181 - 182 - 183 - 184 - 185 - 186 - 187 - 188 - 189 - 190 - 191 - 192 - 193 - 194 - 195 - 196 - 197 - 198 - 199 - 200 - 201 - 202 - 203 - 204 - 205 - 206 - 207 - 208 - 209 - 210 - 211 - 212 - 213 - 214 - 215 - 216 - 217 - 218 - 219 - 220 - 221 - 222 - 223 - 224 - 225 - 226 - 227 - 228 - 229 - 230 - 231 - 232 - 233 - 234 - 235 - 236 - 237 - 238 - 239 - 240 - 241 - 242 - 243 - 244 - 245 - 246 - 247 - 248 - 249 - 250 - 251 - 252 - 253 - 254 - 255 - 256 - 257 - 258 - 259 - 260 - 261 - 262 - 263 - 264 - 265 - 266 - 267 - 268 - 269 - 270 - 271 - 272 - 273 - 274 - 275 - 276 - 277 - 278 - 279 - 280 - 281 - 282 - 283 - 284 - 285 - 286 - 287 - 288 - 289 - 290 - 291 - 292 - 293 - 294 - 295 - 296 - 297 - 298 - 299 - 300 - 301 - 302 - 303 - 304 - 305 - 306 - 307 - 308 - 309 - 310 - 311 - 312 - 313 - 314 - 315 - 316 - 317 - 318 - 319 - 320 - 321 - 322 - 323 - 324 - 325 - 326 - 327 - 328 - 329 - 330 - 331 - 332 - 333 - 334 - 335 - 336 - 337 - 338 - 339 - 340 - 341 - 342 - 343 - 344 - 345 - 346 - 347 - 348 - 349 - 350 - 351 - 352 - 353 - 354 - 355 - 356 - 357 - 358 - 359 - 360 - 361 - 362 - 363 - 364 - 365 - 366 - 367 - 368 - 369 - 370 - 371 - 372 - 373 - 374 - 375 - 376 - 377 - 378 - 379 - 380 - 381 - 382 - 383 - 384 - 385 - 386 - 387 - 388 - 389 - 390 - 391 - 392 - 393 - 394 - 395 - 396 - 397 - 398 - 399 - 400 - 401 - 402 - 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 - 410 - 411 - 412 - 413 - 414 - 415 - 416 - 417 - 418 - 419 - 420 - 421 - 422 - 423 - 424 - 425 - 426 - 427 - 428 - 429 - 430 - 431 - 432 - 433 - 434 - 435 - 436 - 437 - 438 - 439 - 440 - 441 - 442 - 443 - 444 - 445 - 446 - 447 - 448 - 449 - 450 - 451 - 452 - 453 - 454 - 455 - 456 - 457 - 458 - 459 - 460 - 461 - 462 - 463 - 464 - 465 - 466 - 467 - 468 - 469 - 470 - 471 - 472 - 473 - 474 - 475 - 476 - 477 - 478 - 479 - 480 - 481 - 482 - 483 - 484 - 485 - 486 - 487 - 488 - 489 - 490 - 491 - 492 - 493 - 494 - 495 - 496 - 497 - 498 - 499 - 500 - 501 - 502 - 503 - 504 - 505 - 506 - 507 - 508 - 509 - 510 - 511 - 512 - 513 - 514 - 515 - 516 - 517 - 518 - 519 - 520 - 521 - 522 - 523 - 524 - 525 - 526 - 527 - 528 - 529 - 530 - 531 - 532 - 533 - 534 - 535 - 536 - 537 - 538 - 539 - 540 - 541 - 542 - 543 - 544 - 545 - 546 - 547 - 548 - 549 - 550 - 551 - 552 - 553 - 554 - 555 - 556 - 557 - 558 - 559 - 560 - 561 - 562 - 563 - 564 - 565 - 566 - 567 - 568 - 569 - 570 - 571 - 572 - 573 - 574 - 575 - 576 - 577 - 578 - 579 - 580 - 581 - 582 - 583 - 584 - 585 - 586 - 587 - 588 - 589 - 590 - 591 - 592 - 593 - 594 - 595 - 596 - 597 - 598 - 599 - 600 - 601 - 602 - 603 - 604 - 605 - 606 - 607 - 608 - 609 - 610 - 611 - 612 - 613 - 614 - 615 - 616 - 617 - 618 - 619 - 620 - 621 - 622 - 623 - 624 - 625 - 626 - 627 - 628 - 629 - 630 - 631 - 632 - 633 - 634 - 635 - 636 - 637 - 638 - 639 - 640 - 641 - 642 - 643 - 644 - 645 - 646 - 647 - 648 - 649 - 650 - 651 - 652 - 653 - 654 - 655 - 656 - 657 - 658 - 659 - 660 - 661 - 662 - 663 - 664 - 665 - 666 - 667 - 668 - 669 - 670 - 671 - 672 - 673 - 674 - 675 - 676 - 677 - 678 - 679 - 680 - 681 - 682 - 683 - 684 - 685 - 686 - 687 - 688 - 689 - 690 - 691 - 692 - 693 - 694 - 695 - 696 - 697 - 698 - 699 - 700 - 701 - 702 - 703 - 704 - 705 - 706 - 707 - 708 - 709 - 710 - 711 - 712 - 713 - 714 - 715 - 716 - 717 - 718 - 719 - 720 - 721 - 722 - 723 - 724 - 725 - 726 - 727 - 728 - 729 - 730 - 731 - 732 - 733 - 734 - 735 - 736 - 737 - 738 - 739 - 740 - 741 - 742 - 743 - 744 - 745 - 746 - 747 - 748 - 749 - 750 - 751 - 752 - 753 - 754 - 755 - 756 - 757 - 758 - 759 - 760 - 761 - 762 - 763 - 764 - 765 - 766 - 767 - 768 - 769 - 770 - 771 - 772 - 773 - 774 - 775 - 776 - 777 - 778 - 779 - 780 - 781 - 782 - 783 - 784 - 785 - 786 - 787 - 788 - 789 - 790 - 791 - 792 - 793 - 794 - 795 - 796 - 797 - 798 - 799 - 800 - 801 - 802 - 803 - 804 - 805 - 806 - 807 - 808 - 809 - 810 - 811 - 812 - 813 - 814 - 815 - 816 - 817 - 818 - 819 - 820 - 821 - 822 - 823 - 824 - 825 - 826 - 827 - 828 - 829 - 830 - 831 - 832 - 833 - 834 - 835 - 836 - 837 - 838 - 839 - 840 - 841 - 842 - 843 - 844 - 845 - 846 - 847 - 848 - 849 - 850 - 851 - 852 - 853 - 854 - 855 - 856 - 857 - 858 - 859 - 860 - 861 - 862 - 863 - 864 - 865 - 866 - 867 - 868 - 869 - 870 - 871 - 872 - 873 - 874 - 875 - 876 - 877 - 878 - 879 - 880 - 881 - 882 - 883 - 884 - 885 - 886 - 887 - 888 - 889 - 890 - 891 - 892 - 893 - 894 - 895 - 896 - 897 - 898 - 899 - 900 - 901 - 902 - 903 - 904 - 905 - 906 - 907 - 908 - 909 - 910 - 911 - 912 - 913 - 914 - 915 - 916 - 917 - 918 - 919 - 920 - 921 - 922 - 923 - 924 - 925 - 926 - 927 - 928 - 929 - 930 - 931 - 932 - 933 - 934 - 935 - 936 - 937 - 938 - 939 - 940 - 941 - 942 - 943 - 944 - 945 - 946 - 947 - 948 - 949 - 950 - 951 - 952 - 953 - 954 - 955 - 956 - 957 - 958 - 959 - 960 - 961 - 962 - 963 - 964 - 965 - 966 - 967 - 968 - 969 - 970 - 971 - 972 - 973 - 974 - 975 - 976 - 977 - 978 - 979 - 980 - 981 - 982 - 983 - 984 - 985 - 986 - 987 - 988 - 989 - 990 - 991 - 992 - 993 - 994 - 995 - 996 - 997 - 998 - 999 - 1000 - 1001 - 1002 - 1003 - 1004 - 1005 - 1006 - 1007 - 1008 - 1009 - 1010 - 1011 - 1012 - 1013 - 1014 - 1015 - 1016 - 1017 - 1018 - 1019 - 1020 - 1021 - 1022 - 1023 - 1024 - 1025 - 1026 - 1027 - 1028 - 1029 - 1030 - 1031 - 1032 - 1033 - 1034 - 1035 - 1036 - 1037 - 1038 - 1039 - 1040 - 1041 - 1042 - 1043 - 1044 - 1045 - 1046 - 1047 - 1048 - 1049 - 1050 - 1051 - 1052 - 1053 - 1054 - 1055 - 1056 - 1057 - 1058 - 1059 - 1060 - 1061 - 1062 - 1063 - 1064 - 1065 - 1066 - 1067 - 1068 - 1069 - 1070 - 1071 - 1072 - 1073 - 1074 - 1075 - 1076 - 1077 - 1078 - 1079 - 1080 - 1081 - 1082 - 1083 - 1084 - 1085 - 1086 - 1087 - 1088 - 1089 - 1090 - 1091 - 1092 - 1093 - 1094 - 1095 - 1096 - 1097 - 1098 - 1099 - 1100 - 1101 - 1102 - 1103 - 1104 - 1105 - 1106 - 1107 - 1108 - 1109 - 1110 - 1111 - 1112 - 1113 - 1114 - 1115 - 1116 - 1117 - 1118 - 1119 - 1120 - 1121 - 1122 - 1123 - 1124 - 1125 - 1126 - 1127 - 1128 - 1129 - 1130 - 1131 - 1132 - 1133 - 1134 - 1135 - 1136 - 1137 - 1138 - 1139 - 1140 - 1141 - 1142 - 1143 - 1144 - 1145 - 1146 - 1147 - 1148 - 1149 - 1150 - 1151 - 1152 - 1153 - 1154 - 1155 - 1156 - 1157 - 1158 - 1159 - 1160 - 1161 - 1162 - 1163 - 1164 - 1165 - 1166 - 1167 - 1168 - 1169 - 1170 - 1171 - 1172 - 1173 - 1174 - 1175 - 1176 - 1177 - 1178 - 1179 - 1180 - 1181 - 1182 - 1183 - 1184 - 1185 - 1186 - 1187 - 1188 - 1189 - 1190 - 1191 - 1192 - 1193 - 1194 - 1195 - 1196 - 1197 - 1198 - 1199 - 1200 - 1201 - 1202 - 1203 - 1204 - 1205 - 1206 - 1207 - 1208 - 1209 - 1210 - 1211 - 1212 - 1213 - 1214 - 1215 - 1216 - 1217 - 1218 - 1219 - 1220 - 1221 - 1222 - 1223 - 1224 - 1225 - 1226 - 1227 - 1228 - 1229 - 1230 - 1231 - 1232 - 1233 - 1234 - 1235 - 1236 - 1237 - 1238 - 1239 - 1240 - 1241 - 1242 - 1243 - 1244 - 1245 - 1246 - 1247 - 1248 - 1249 - 1250 - 1251 - 1252 - 1253 - 1254 - 1255 - 1256 - 1257 - 1258 - 1259 - 1260 - 1261 - 1262 - 1263 - 1264 - 1265 - 1266 - 1267 - 1268 - 1269 - 1270 - 1271 - 1272 - 1273 - 1274 - 1275 - 1276 - 1277 - 1278 - 1279 - 1280 - 1281 - 1282 - 1283 - 1284 - 1285 - 1286 - 1287 - 1288 - 1289 - 1290 - 1291 - 1292 - 1293 - 1294 - 1295 - 1296 - 1297 - 1298 - 1299 - 1300 - 1301 - 1302 - 1303 - 1304 - 1305 - 1306 - 1307 - 1308 - 1309 - 1310 - 1311 - 1312 - 1313 - 1314 - 1315 - 1316 - 1317 - 1318 - 1319 - 1320 - 1321 - 1322 - 1323 - 1324 - 1325 - 1326 - 1327 - 1328 - 1329 - 1330 - 1331 - 1332 - 1333 - 1334 - 1335 - 1336 - 1337 - 1338 - 1339 - 1340 - 1341 - 1342 - 1343 - 1344 - 1345 - 1346 - 1347 - 1348 - 1349 - 1350 - 1351 - 1352 - 1353 - 1354 - 1355 - 1356 - 1357 - 1358 - 1359 - 1360 - 1361 - 1362 - 1363 - 1364 - 1365 - 1366 - 1367 - 1368 - 1369 - 1370 - 1371 - 1372 - 1373 - 1374 - 1375 - 1376 - 1377 - 1378 - 1379 - 1380 - 1381 - 1382 - 1383 - 1384 - 1385 - 1386 - 1387 - 1388 - 1389 - 1390 - 1391 - 1392 - 1393 - 1394 - 1395 - 1396 - 1397 - 1398 - 1399 - 1400 - 1401 - 1402 - 1403 - 1404 - 1405 - 1406 - 1407 - 1408 - 1409 - 1410 - 1411 - 1412 - 1413 - 1414 - 1415 - 1416 - 1417 - 1418 - 1419 - 1420 - 1421 - 1422 - 1423 - 1424 - 1425 - 1426 - 1427 - 1428 - 1429 - 1430 - 1431 - 1432 - 1433 - 1434 - 1435 - 1436 - 1437 - 1438 - 1439 - 1440 - 1441 - 1442 - 1443 - 1444 - 1445 - 1446 - 1447 - 1448 - 1449 - 1450 - 1451 - 1452 - 1453 - 1454 - 1455 - 1456 - 1457 - 1458 - 1459 - 1460 - 1461 - 1462 - 1463 - 1464 - 1465 - 1466 - 1467 - 1468 - 1469 - 1470 - 1471 - 1472 - 1473 - 1474 - 1475 - 1476 - 1477 - 1478 - 1479 - 1480 - 1481 - 1482 - 1483 - 1484 - 1485 - 1486 - 1487 - 1488 - 1489 - 1490 - 1491 - 1492 - 1493 - 1494 - 1495 - 1496 - 1497 - 1498 - 1499 - 1500 - 1501 - 1502 - 1503 - 1504 - 1505 - 1506 - 1507 - 1508 - 1509 - 1510 - 1511 - 1512 - 1513 - 1514 - 1515 - 1516 - 1517 - 1518 - 1519 - 1520 - 1521 - 1522 - 1523 - 1524 - 1525 - 1526 - 1527 - 1528 - 1529 - 1530 - 1531 - 1532 - 1533 - 1534 - 1535 - 1536 - 1537 - 1538 - 1539 - 1540 - 1541 - 1542 - 1543 - 1544 - 1545 - 1546 - 1547 - 1548 - 1549 - 1550 - 1551 - 1552 - 1553 - 1554 - 1555 - 1556 - 1557 - 1558 - 1559 - 1560 - 1561 - 1562 - 1563 - 1564 - 1565 - 1566 - 1567 - 1568 - 1569 - 1570 - 1571 - 1572 - 1573 - 1574 - 1575 - 1576 - 1577 - 1578 - 1579 - 1580 - 1581 - 1582 - 1583 - 1584 - 1585 - 1586 - 1587 - 1588 - 1589 - 1590 - 1591 - 1592 - 1593 - 1594 - 1595 - 1596 - 1597 - 1598 - 1599 - 1600 - 1601 - 1602 - 1603 - 1604 - 1605 - 1606 - 1607 - 1608 - 1609 - 1610 - 1611 - 1612 - 1613 - 1614 - 1615 - 1616 - 1617 - 1618 - 1619 - 1620 - 1621 - 1622 - 1623 - 1624 - 1625 - 1626 - 1627 - 1628 - 1629 - 1630 - 1631 - 1632 - 1633 - 1634 - 1635 - 1636 - 1637 - 1638 - 1639 - 1640 - 1641 - 1642 - 1643 - 1644 - 1645 - 1646 - 1647 - 1648 - 1649 - 1650 - 1651 - 1652 - 1653 - 1654 - 1655 - 1656 - 1657 - 1658 - 1659 - 1660 - 1661 - 1662 - 1663 - 1664 - 1665 - 1666 - 1667 - 1668 - 1669 - 1670 - 1671 - 1672 - 1673 - 1674 - 1675 - 1676 - 1677 - 1678 - 1679 - 1680 - 1681 - 1682 - 1683 - 1684 - 1685 - 1686 - 1687 - 1688 - 1689 - 1690 - 1691 - 1692 - 1693 - 1694 - 1695 - 1696 - 1697 - 1698 - 1699 - 1700 - 1701 - 1702 - 1703 - 1704 - 1705 - 1706 - 1707 - 1708 - 1709 - 1710 - 1711 - 1712 - 1713 - 1714 - 1715 - 1716 - 1717 - 1718 - 1719 - 1720 - 1721 - 1722 - 1723 - 1724 - 1725 - 1726 - 1727 - 1728 - 1729 - 1730 - 1731 - 1732 - 1733 - 1734 - 1735 - 1736 - 1737 - 1738 - 1739 - 1740 - 1741 - 1742 - 1743 - 1744 - 1745 - 1746 - 1747 - 1748 - 1749 - 1750 - 1751 - 1752 - 1753 - 1754 - 1755 - 1756 - 1757 - 1758 - 1759 - 1760 - 1761 - 1762 - 1763 - 1764 - 1765 - 1766 - 1767 - 1768 - 1769 - 1770 - 1771 - 1772 - 1773 - 1774 - 1775 - 1776 - 1777 - 1778 - 1779 - 1780 - 1781 - 1782 - 1783 - 1784 - 1785 - 1786 - 1787 - 1788 - 1789 - 1790 - 1791 - 1792 - 1793 - 1794 - 1795 - 1796 - 1797 - 1798 - 1799 - 1800 - 1801 - 1802 - 1803 - 1804 - 1805 - 1806 - 1807 - 1808 - 1809 - 1810 - 1811 - 1812 - 1813 - 1814 - 1815 - 1816 - 1817 - 1818 - 1819 - 1820 - 1821 - 1822 - 1823 - 1824 - 1825 - 1826 - 1827 - 1828 - 1829 - 1830 - 1831 - 1832 - 1833 - 1834 - 1835 - 1836 - 1837 - 1838 - 1839 - 1840 - 1841 - 1842 - 1843 - 1844 - 1845 - 1846 - 1847 - 1848 - 1849 - 1850 - 1851 - 1852 - 1853 - 1854 - 1855 - 1856 - 1857 - 1858 - 1859 - 1860 - 1861 - 1862 - 1863 - 1864 - 1865 - 1866 - 1867 - 1868 - 1869 - 1870 - 1871 - 1872 - 1873 - 1874 - 1875 - 1876 - 1877 - 1878 - 1879 - 1880 - 1881 - 1882 - 1883 - 1884 - 1885 - 1886 - 1887 - 1888 - 1889 - 1890 - 1891 - 1892 - 1893 - 1894 - 1895 - 1896 - 1897 - 1898 - 1899 - 1900 - 1901 - 1902 - 1903 - 1904 - 1905 -



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

imento Emergencial: 848051

NXTC

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	Pai ESPEDITO FRANCELINO DE OLIVEIRA	
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988170449	DDD Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns
Local de procedência AV EPITACIO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade MOSSORÓ	CBO/R

Endereço

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

Admissão

Data e Hora Prevista 29/06/2015 21:58:46	Número da pulseira 3257622	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de 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
Modo de transporte SAMU	Quem transportou SAMU		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

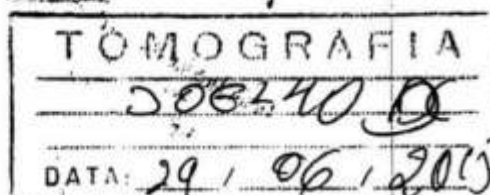
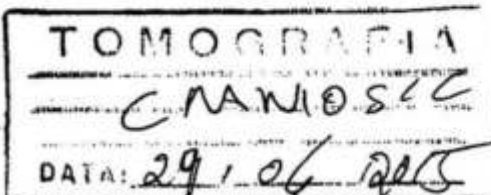
Diagnóstico

CID

Atendido por
ADEIKSON CARLOS ALVES DE MORAIS

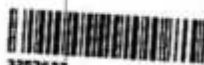
Tempo
02min 23seg

Imprimir



Sequencia
08101
MS
PC
FIA
Rx - (A)
plataforma
(04)

Primeiro Atendimento Médico



3257622 BE.: 048051
EDILEIDE FRANCILINO DE FREITAS C
DT. NASC.: 17/04/1984
MRE: FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS

END.: Cantora Maria da G1 ria Souvela
N. 114 - Jardim Oceania
JARD PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 900170449
IDRDE: 51
DT. ENTREGA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de Acidente,
com fratura de humero e
pulso. Devido a fratura de costelas
e tórax.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☐ PÉRVIAS ☐ OBTURADAS

AÉREAS

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
HTE ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

2- RUÍDOS

HTD ☐ Sim ☐ Não
HTD ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores
HTE ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

FR: ☐ Imp ☐ SaO₂ %

DÉFICIT NEUROLÓGICO

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

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (c4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

VERMELHA
BRASILEIRA



3257622 BE.: 848061
EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS C
DT. NASC.: 17/04/1984
RAE: FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS

END.: Centear Maria da Glória Souza
N.: 114 - Jardim Oceania
JORN. PESSOR
FONE.: ()
CELULAR: (83) 988170449
IDADE: 51
DT. ENTRADA:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DATA:

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

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

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto 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 SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO

PA: / mmHg P: bpm SpO2: Tax:

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Tamanho: ☐ Midríase ☐ Miose

Sistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão tissular satisfatória
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida
☐ Palidez ☐ Outros:

Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda
Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ 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 ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Paciente deu entrada nesta unidade, trazida pelo SAMU, vítima de colisão carro x moto, e encontra-se consciente, orientada, sem alterações vitais e membros rígidos. Avaliado pelo enfermeiro geral que orientou retirada da mancha e do colar. Aguarda exame.

Sônia Lenora de Souza
Enfermeira
COREN-PR 23456

DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREM:



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:	Edilaine Evangelina de Freitas			Registro:	848051	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:	
Data:	Cirurgião:		1º Assistente:			
08/07/15	Dr. Roberto Almeida		Dr. Alisson			
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:			
R2-Beatriz						
Anestesista:		Tipo de Anestesia:	Hora início:	Hora término:		
Dr. Rosa						

Diagnostico(s) Pós-Operatório	CID
Fratura da tíbia proximal @	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
Tratamento cirúrgico de fratura proximal de tíbia @	

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

08 / 07 / 2015
João Pessoa - Data

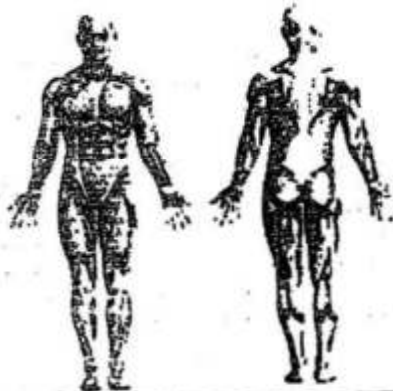
Blancine Cruz Meloni
CRM-PB 9087
Ass. do Médico / CRM

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 VACINAÇÃO: ☐ 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 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Parestesia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada

☐ Lavado peritoneal
☐ Gasometria arterial
☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

1 *AV. Torax*
 2 *Radiografia evidencia-se fratura*
 3 *clavícula*
 4 *Tramal 100mg + 100m LSP 99% EV 04/08/08*
 5 *Dr. Kenia de Jiveira*
 6 *CRM-PB 8021*
 7
 8
 9
 10

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da

Solicito parecer da

às _____ do dia _____

às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (setor)☐ Alta hospitalar☐ Óbito☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ A pedido☐ A reavalia☐ Família☐ JML☐ Desistência☐ SVC

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

ASSIN

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

NCR

30/06/13

9:22

Paciente vítima de acidente de
estabilidade. Sem fadiga da caminhada
normal. Paga a psicologia

Ortopedia

Paciente com
fratura de fíbula
proximal (D) após
acidente com
motorista

Solicitado TC de
joelho para avaliação
osteointegração articular
e verificar possíveis complicações

Ref: Solicitado TC joelho D

Dr. Bruno Guedes Wanderley
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 79447-CP

Dr. Bruno Guedes Wanderley

Psicologia 30/06/2013.

Paciente, no momento, consciente,
orientada, memória preservada, pensamento
coerente, humor estável, aguardando avaliação
da ortopedia. Apoio psicológico visando
suporte emocional.

Dr. Bruno Guedes Wanderley
Psicóloga
CRP 13/5829

→ Casos comuns =

- Clonagem 13
- Sem definição total
- Típico insucesso
- Tratamento
- Sem dor crônica

→ TC de Círio =

- Causas de testes
- Sem colagem entre os
húmus - avulsão

→ Hód = TCC bem

- Cella da Nef
- Com cuidados de
ORTOPEDIA

Ortopedia:

Emerson Magno de Andrade
NEUROCIRURGIA
CRM: 79447-CP

Paciente vítima de acidente
unilateral com os dois membros
inferiores (D) com fraturas
de fíbula e tíbia. Fraturas com
deslocamento, sendo (D) com boa
redução. Fratura da tíbia com
deslocamento. TC. Fratura da tíbia com
deslocamento. Fratura da fíbula com
deslocamento.

Exame: - Trauma Intra-articular.
11 dias

- Trauma da L4/L5

- Ortopedia. (Mio de
S. Cauda Equina).

Dr. Bruno Guedes Wanderley
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 79447-CP

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão em PPH, em anastomia
Anestesia e Antisepsia
Aplicação de gaze e Curativo Externo

Incisão:

Incisão Interal e medial joelho ①

Achados:

Fratura tibial proximal ①

Conduta:

- Demarcação por pluma

→ - Desbridamento

→ - Redução da fratura com uso de radiografia

- Enxerto com placa Hyla 3,5 de 8 furos, placa PDS de 6 furos em 1 de 3 furos, parafusos de 4,5 e 6,5 mm, sob uma de radiografia

- Hemostasia

Fechamento:

- Sutura por pluma

- Curativo ativo

Observação:

- Rx de controle

Data, João Pessoa 08 de 07 de 11

Assinatura/carimbo

Dr. Lúcio Lemos Neto
Médico - ORTÓPEDIA
CRM-PB 9087



Receituário Médico



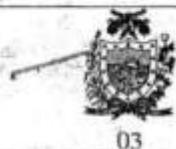
LAVDO MÉDICO

A paciente Edileide Francieli
no de Freitas Cabral, foi vítima de acidente
de motocicleta em 29/08/15, sofrendo
traumatismos CID-6 62.3 + S82.1, resultando
das sequelas, após tratamento cirúrgi-
co como: dores nos locais operados, limi-
tações dos movimentos, diminuição de
força muscular dos membros afetados,
além de claudicação da marcha.

Data: 28/08/16

Dr. Everton X. Ferreira
Ortopedista
CRM 2516
Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



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



03

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
				U F PB
Data/Ocorrência 29/06/2015	Dia da Semana Segunda-Feira	C/S Vítima (QT) Com	Natureza do Acidente Abaloamento	Tipo de pavimento Asfalto
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos		Condições/Via Seca		
		Tempo Bom		
Controle do tráfego 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					

VERSÃO 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 Gloria 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
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				

VERSÃO DO CONDUTOR 02

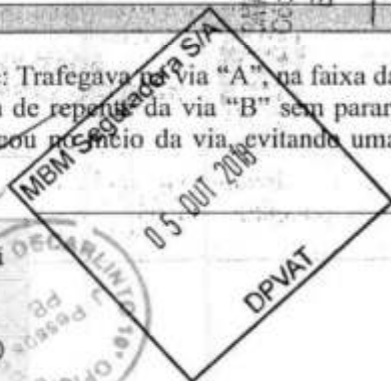
Condutor foi ouvido no Hospital HTOP no dia 07/07/2015 e declarou que: Trafegava na via "A", na faixa da direita, com muita cautela, pois o clima estava chuvoso, foi quando o V1 saiu de repente da via "B" sem parar, interceptando a passagem do V2 que não pode evitar o impacto no V1, que freou no início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



Decarlinto
 Serviço Oficial - DPVAT em todo o Brasil
 Conte com a gente

Rua Fernando Luis Henrique dos Santos, 15 - J. Oceania
 João Pessoa - PB - CEP: 54021-000 - Fone: (083) 98814-0449
www.decarlinto.com.br
 Titulo: Sérgio Albuquerque

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
 Joao Pessoa-PB 13/11/2015 15:37:22
 Josivando Carlos - Escrevente
 [2015-135033] EMOL:R\$ 1,94 FAPEM:R\$ 0,23 FEPJ:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,10
 SELD DIGITAL: AC183967-4098
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tibh.fus.br>



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0428 - 2015

VÍTIMA 01

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

CONSTATADO

João Pessoa - PB, 24 de Julho de 2015.

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

EM: 11/08/2015

ASSINATURA

Antônio Atila Silva Genuino Batista
Antônio Atila Silva Genuino Batista SD PM

Responsável pelo Levantamento

Decarlinto
Serviço Público - 100% Online e Totalmente GratuitoRua Fernando Luis Henrique dos Santos, 75 - Jardim Oceania
João Pessoa - PB - CEP: 58037-020 - Fone: 0800 000 0000
www.decarlinto.com.br | @decarlinto
Título: Sérgio Albuquerque

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

João Pessoa-PB 13/11/2015 15:37:24

Josivando Carlos - Escrevente

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

SELO DIGITAL: AC183969-08YP

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



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



CROQUI DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0428/ 2015

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Nego 11,00metros

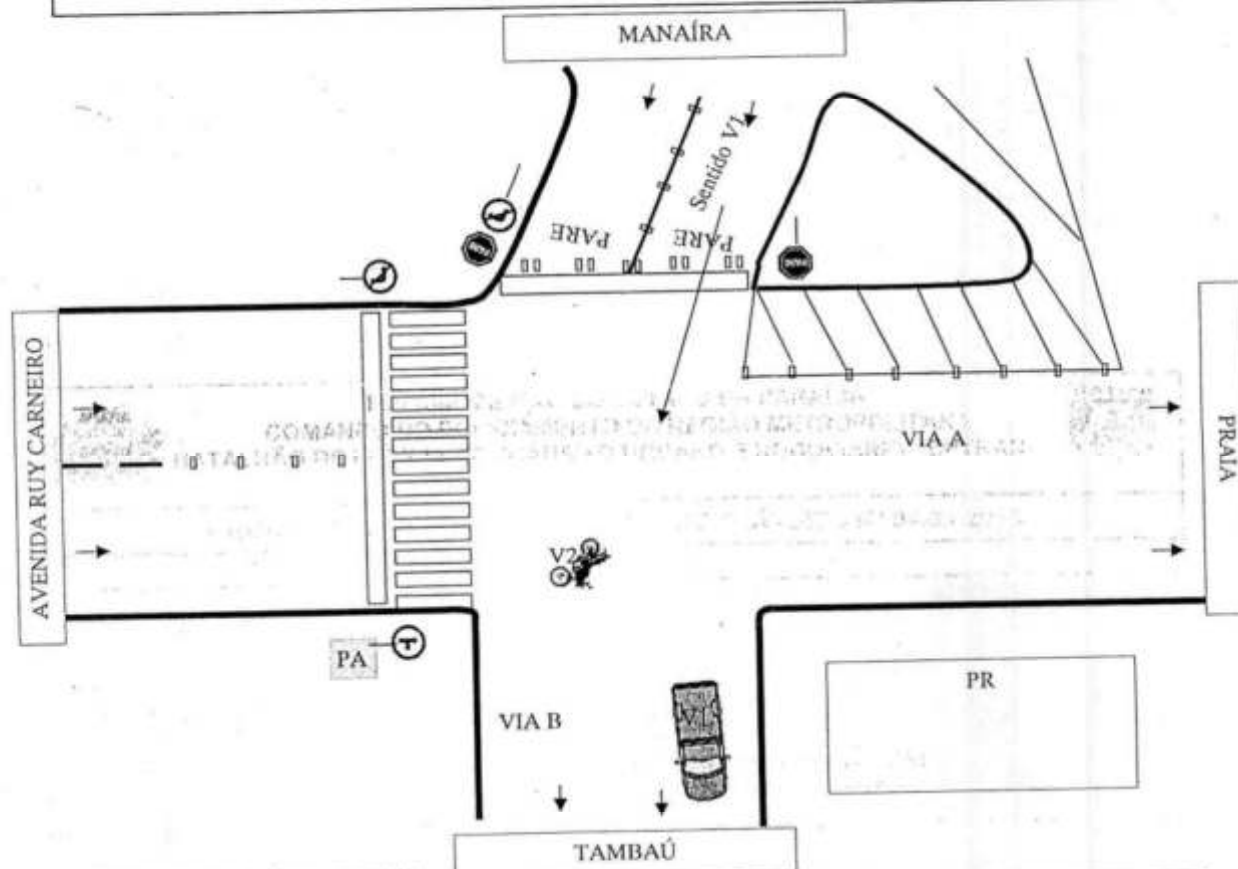
VIA "B" - Avenida Silvino Lopes 07,20metros

PR (Ponto de Referência) Residencial Mediterrâneo

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 11.30 e Traseiro Direito 10.00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 07.50 e Traseiro Direito 08.80 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1



V2

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

EM: 11/08/2015

ASSINATURA

Antônio Atila Silva G. Batista SD PM
Responsável pelo Levantamento



Decarlinto
Cartão com a gente

Rua Fernando Luiz Henrique dos Santos, 75 - Jardim das Palmeiras
João Pessoa - PB - CEP: 53037-000 - Fone: (33) 336-1111
www.decarlinto.com.br
E-mail: decarlinto@decarlinto.com.br



MBM Seguradora S/A

05 OUT 2015

DPVAT

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 13/11/2015 15:37:23
Josivando Carlos - Escrevente
[2015-135034] EMUL:R\$ 1,94 FAREM:R\$ 0,23 FEPJ:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,10
SELO DIGITAL: ACI83968-UMFB
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



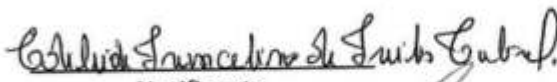
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL



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 Tambaú, 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.


Notificante


Policial Civil



Rua Fernando Luís Henrique dos Santos, 21 - João Pessoa - PB
João Pessoa - PB - CEP: 53037-010 - Fone: (33) 3333-3333
www.decarlinto.com.br
E-mail: contato@decarlinto.com.br

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 13/11/2015 15:37:21
Josivando Carlos - Escrevente
[2015-135031] EMUL:R\$ 1,94 FAREN:R\$ 0,23 FEPJ:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,10
SELO DIGITAL: AC183965-H8MC
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Para uso dos correios

() Mudou-se	() Não procurado	Entregador
() Endereço insuficiente	() Ausente	
() Não existe nº indicado	() Falecido	
() Desconhecido	() Informação escrita por 3º	
() Recusado	() CEP errado ou não inform.	
Data	Registrado ao serviço postal em	



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

TÍTULO PARA PAGAMENTO



ROBERTA ONOFRE RAMOS
 Vila Almirante Barroso, 600 Centro
 58013-123 João Pessoa-PB
 0903
 Portaria

CONDOMÍNIO VILLA EMPRESARIAL - 0903
 Vencimento: 10/09/2018

00000000 0051



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 FRANCELINO 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 FRANCELINO 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

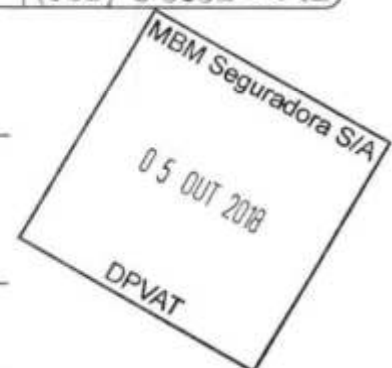
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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>ROBERTAONOFRE@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



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL**

Nº Sinistro: **3180470206**

Vítima: **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

Carta nº 13475691



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 FRANCELINO DE FREITAS CABRAL		CPF titular da conta 335 897 204 68	Profissão PROFESSORA
Endereço R. MARIA DA GLORIA GOUVEIA DE VASCONCELOS		Número 114	Complemento APT
Bairro JARDIM OCEANIA	Cidade SOÃO PESSOA	Estado PB	CEP 58037-313
Email			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	

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO Nome EDILEIDE FRANCELINO DE F. CABRAL NRO		BANCO Nome EDILEIDE FRANCELINO DE F. CABRAL NRO	
AGÊNCIA NRO 1104 D/V 5 (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO 1104 D/V 5 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO 0203185 D/V 9 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO 0203185 D/V 9 (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.

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

Edileide Francelino de Freitas Cabral
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDILEIDE FRANCELINO DE F. CABRAL,
RG nº 1871803, data de expedição ___/___/___, Órgão SP/1PB,
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
seguinte, em anexo documento comprobatório em nome de
terceiros:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	R MARIA DA GLORIA GOUVEIA DE VASCONCELOS
Número	314
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

Assinatura do Declarante: Edileide Francelino de Santos Cabral



VASCOOB
Faca parte.



CTC RECIFE PE P.6 / CTC RECIFE PE JPA CID - AMARRADOS
EDILEIDE F F CABRAL
R MARIA DA GLORIA GOUVEIA DE VASCONCELOS 114 APT
JARDIM OCEANIA
58037-313 - JOAO PESSOA - PB

Data de Postagem
28/08/2018

